



مجلة علمية متخصصة
في عالم الإعاقة
صادرة من وزارة تنمية المجتمع

هذا أنا، هذا
عالمى





الإفتتاحية



نحو بيئة تنموية مستدامة

تبنت الجمعية العمومية للأمم المتحدة أجندة 2030 الجديدة للتنمية المستدامة، والتي تتضمن 17 هدفاً تنموياً مستداماً و(169) مستهدفاً تشمل جميع الفئات المجتمعية. حيث بدأ رسمياً نفاذ أهداف التنمية المستدامة ابتداءً من العام الحالي. وعلى الرغم بأن أهداف التنمية المستدامة ليست ملزمة قانوناً، إلا أنه من المتوقع أن تعمل البلدان خلال السنوات الخمس عشرة المقبلة، واضحة نُصب أعينها هذه الأهداف الجديدة التي تنطبق عالمياً على الجميع، وأن تضع حكومات العالم خططاً وطنية لمتابعة التقدم المُحرز على طريق تحقيقها.

وقد اعتادت القيادة الرشيدة في دولة الامارات العربية المتحدة على التفاعل والمشاركة في مختلف المبادرات على الساحة الدولية في شتى المجالات، حيث شاركت الامارات قادة دول العالم في سبتمبر 2015 خلال القمة الأممية التي عقدت في مدينة نيويورك للإعلان عن أجندة 2030 الطموحة.

وحرصاً من حكومة دولة الإمارات على وضع الأجندة الأممية ضمن خططها واستراتيجياتها الوطنية، فقد ناقش المجلس الوزاري للتنمية، برئاسة سمو الشيخ منصور بن زايد آل نهيان نائب رئيس مجلس الوزراء وزير شؤون الرئاسة رئيس المجلس؛ تشكيل اللجنة الوطنية لأهداف التنمية المستدامة لمتابعة خطة الأمم المتحدة للتنمية المستدامة 2030. وسيكون من أهم أهداف اللجنة تحديد أولويات الدولة ضمن الأهداف المعتمدة، واقتراح الأنظمة والإجراءات المتعلقة بها، والسعي إلى رفع تنافسية الدولة ضمن الخطة المعتمدة، وتعزيز مكانتها وسمعتها العالمية كدولة تهتم بالقضايا والتحديات العالمية.

إن أجندة التنمية المستدامة 2030 تسعى إلى تقديم البرامج التنموية لمختلف فئات المجتمع دون أن تستثني أحداً من الفئات الضعيفة والمهمشة، ولعل الأشخاص ذوي الإعاقة من بين الفئات التي أشارت لها الأهداف التنموية صراحة، وخاصة الهدف الرابع المتعلق بجودة التعليم لضمان تكافؤ الفرص، ومراعاة الفروق الفردية ضمن بيئات تعليمية تُرحب بالجميع وخالية من العوائق. ومروراً بالهدف الثامن الذي يسعى لتوفير العمل اللائق لذوي الإعاقة وتكافؤ الأجر في بيئات عمل تنافسية دامجة، ووضع السياسات التي تضمن توفير فرص العمل لهم، وتشجيع قدرتهم على الاحتفاظ الوظيفي والنمو المهني.

لقد قطعت دولة الامارات العربية المتحدة شوطاً هاماً على طريق التنمية الشاملة لمختلف فئات وشرائح المجتمع دون استثناء لأي مواطن، وفق مبدأ تكافؤ الفرص، وعملت على توفير الظروف البيئية والاجتماعية المناسبة التي تُيسّر اندماج جميع مواطنيها، ومشاركتهم المجتمعية والاقتصادية الفاعلة والشاملة. وإن وزارة تنمية المجتمع حريصة على تمكين مختلف فئات وشرائح المجتمع، وتنمية قدراتهم ليكونوا مشاركين فاعلين، وذلك من خلال برامجها وخططها التشغيلية، ولعل تشكيل "اللجنة الوطنية لأهداف التنمية المستدامة" سيكون خطوة هامة على طريق المزيد من الانجازات التنموية التي تضع دولة الامارات في مصاف أكثر دول العالم تطوراً، وفق رؤية مجتمعية مستدامة ترحب بجميع أفراد وفئات المجتمع ولا تستثني احداً.

نجلاء محمد العور
وزيرة تنمية المجتمع

الفهرس



مجلة فصلية متخصصة في عالم الإعاقة تأسست عام 2008، تعنى بشؤون الإعاقة والخدمات التأهيلية والتربوية والمهنية في هذا المجال

أسرة التحرير

رئيس التحرير

وفاء حمد بن سليمان

هيئة التحرير

د. أحمد العمران

ناظم فوزي منصور

سكرتير التحرير

روحي مروح عبدات

حقوقية

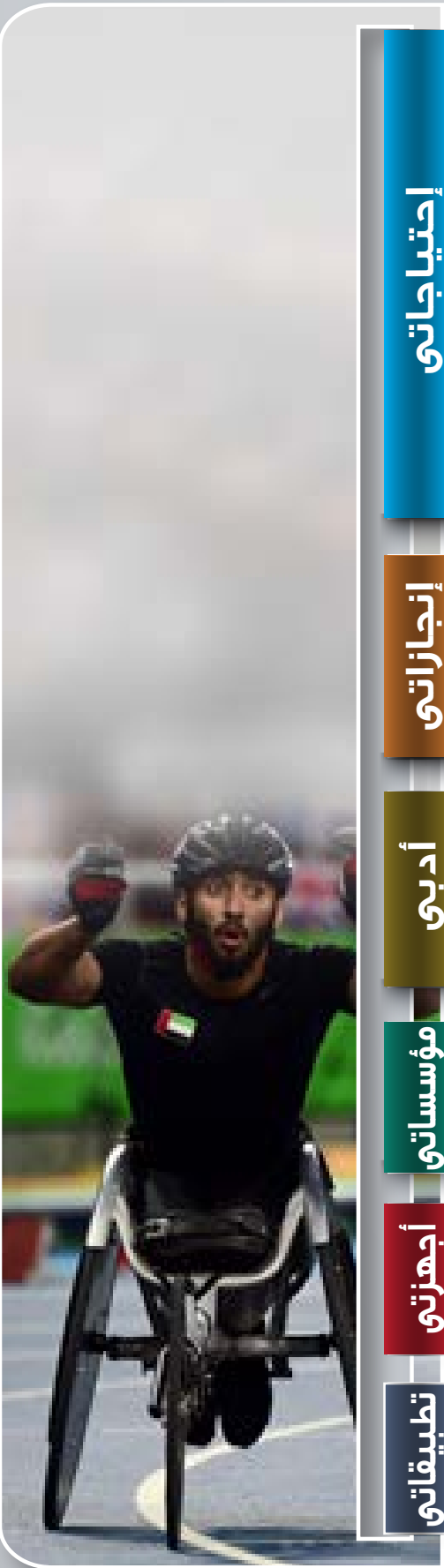
- أهداف التنمية المستدامة 4
- Why do definitions of disability matter? 11
- اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن 12
- نحو تنمية بشرية مستدامة لذوي الإعاقة
- دولة الإمارات العربية المتحدة 16
- دليل المعالجة الإعلامية الحقوقية لقضايا
- الأشخاص ذوي الإعاقة 20

مبادرات

- اليوم العالمي للأشخاص ذوي الإعاقة 22
- معايير الجودة لخدمات التدخل المبكر 24
- Rehabilitation International Strategic Plan 2017-2021 27

صفات

- متلازمة وليامز 28
- Noonan syndrome (NS) 33
- اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه 34
- متلازمة إرلن أو متلازمة الحساسية الظلامية 40
- تخطيط الدماغ و تشخيص اضطرابات التوحد و فرط الحركة 44



إحتياجاتي

- التدخل المبكر لمتلازمة داون 46
- واقع الفتيات والنساء المواطنات ذوات الإعاقة 50
- العلاج الوظيفي في مجال التربية الخاصة 54
- أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد 56
- فلنغير سوياً حياة ملايين البشر من ذوي الإعاقة 60
- صحة الفم والأسنان للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية 62
- الموسيقى لذوي الإعاقة 66
- القفاز الذكي 70
- Early intervention and Language Development 73

إنجازاتي

- سبع ميداليات ملونة أهداها ذوو الإعاقة إلى الإمارات
- في ألعاب "ريو" البارالمبية 74
- دبي تفوز باستضافة الكونغرس العالمي لمتلازمة داون 2020 ... 78

أدبي

- على أبواب عالم العمل 80
- انطلاقة نحو النجاح 81
- أبواب الأمل 82

مؤسساتي

- SEDRA 85

أجهزتي

- دور تكنولوجيا المعلومات في استقلالية الاشخاص ذوي الاعاقة 86

تطبيقاتي

- تطبيق "نمو" Nomow App للكشف المبكر عن الأطفال المتأخرين نمائياً 88
- تطبيق وصال 90

أهداف التنمية المستدامة



١٧ هدفاً لتحويل عالمنا

بدأ رسمياً نفاذ أهداف التنمية المستدامة الـ 17 لخطة التنمية المستدامة لعام 2030، ابتداءً من 1 كانون الثاني/يناير 2016، تلك الأهداف التي اعتمدها قادة العالم في أيلول/سبتمبر 2015 في قمة أممية تاريخية. وستعمل البلدان خلال السنوات الخمس عشرة المقبلة – واعدة نصب أعينها هذه الأهداف الجديدة التي تنطبق عالمياً على الجميع – على حشد الجهود للقضاء على الفقر بجميع أشكاله ومكافحة عدم المساواة ومعالجة تغير المناخ، مع كفالة اشتغال الجميع بتلك الجهود.

وعلى الرغم من أن أهداف التنمية المستدامة ليست ملزمة قانوناً، فإن من المتوقع أن تأخذ الحكومات زمام ملكيتها وتضع أطر وطنية لتحقيقها. ولذا فالدول هي التي تتحمل المسؤولية الرئيسية عن متابعة التقدم المحرز واستعراضه، مما يتطلب جمع بيانات نوعية – يسهل الوصول إليها – في الوقت المناسب، بحيث تستند المتابعة والاستعراض على الصعيد الإقليمي إلى التحليلات التي تجري على الصعيد الوطني، وبما يساهم في المتابعة والاستعراض على الصعيد العالمي.

وعلى الصعيد العالمي، سترصد أهداف التنمية المستدامة الـ 17 وغاياتها الـ 169 من خلال استخدام مجموعة من المؤشرات العالمية التي تعتمد اللجنة الإحصائية. وفي هذا المقال، سنحاول استعراض هذه الأهداف، نظراً لأن الكثير منها يرتبط بمستقبل الأشخاص ذوي الإعاقة في العالم، خاصة من حيث الإجراءات والمقاصد المنوي العمل عليها من أجل تحسين حياة السكان في العالم في مجالات التعليم والصحة والوضع الاقتصادي والبيئة المؤهلة، وغيرها من الأمور التي يؤدي العمل عليها إلى تحسين نوعية الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر.

وفيما يلي أهداف التنمية المستدامة، وأهم المقاصد التي تم رصدها ذات العلاقة بواقع الأشخاص ذوي الإعاقة، والمحيط الاجتماعي والاقتصادي والصحي والتعليمي الذي يعيشون فيه هم ومن حولهم:

الهدف 1 - القضاء على الفقر بجميع أشكاله في كل مكان

أهم مقاصد الهدف:



• القضاء على الفقر المدقع للناس أجمعين أينما كانوا بحلول عام

للفقراء والضعفاء بحلول عام 2030

- ضمان تمتّع جميع الرجال والنساء، ولا سيما الفقراء والضعفاء منهم، بنفس الحقوق في الحصول على الموارد الاقتصادية، وكذلك حصولهم على الخدمات الأساسية، وعلى حق ملكية الأراضي والتصرف فيها وغيره من الحقوق المتعلقة بأشكال الملكية الأخرى، وبالميراث، وبالحصول على الموارد الطبيعية، والتكنولوجيا الجديدة الملائمة،

2030، وهو يُقاس حالياً بعدد الأشخاص الذين يعيشون بأقل من 1.25 دولار في اليوم

- تخفيض نسبة الرجال والنساء والأطفال من جميع الأعمار الذين يعانون الفقر بجميع أبعاده وفقاً للتعريف الوطنية بمقدار النصف على الأقل بحلول عام 2030
- استحداث نظم وتدابير حماية اجتماعية ملائمة على الصعيد الوطني للجميع ووضع حدود دنيا لها، وتحقيق تغطية صحية واسعة

- زيادة التمويل في قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستبقائها في البلدان النامية، وبخاصة في أقل البلدان نمواً والدول الجزرية الصغيرة النامية، زيادة كبيرة
- تعزيز قدرات جميع البلدان، ولا سيما البلدان النامية، في مجال الإنذار المبكر والحد من المخاطر وإدارة المخاطر الصحية الوطنية والعالمية

الهدف 4 - ضمان التعليم الجيد المنصف والشامل للجميع وتعزيز فرص التعلم مدى الحياة للجميع

أهم مقاصد الهدف:



- ضمان أن يتمتع جميع البنات والبنين والفتيات والفتيان بتعليم ابتدائي وثانوي مجاني ومنصف وجيد، مما يؤدي إلى تحقيق نتائج تعليمية ملائمة وفعالة بحلول عام 2030
- ضمان أن تتاح لجميع البنات والبنين فرص الحصول على نوعية جيدة من النماء والرعاية في مرحلة الطفولة المبكرة والتعليم قبل الابتدائي حتى يكونوا جاهزين للتعليم الابتدائي بحلول عام 2030
- ضمان تكافؤ فرص جميع النساء والرجال في الحصول على التعليم المهني والتعليم العالي الجيد والميسور

أهم مقاصد الهدف:

- خفض النسبة العالمية للوفيات النفاسية إلى أقل من 70 حالة وفاة لكل 100 000 مولود حي بحلول عام 2030
- وضع نهاية لوفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة التي يمكن تفاديها بحلول عام 2030، بسعي جميع البلدان إلى بلوغ هدف خفض وفيات المواليد على الأقل إلى 12 حالة وفاة في كل 1 000 مولود حي، وخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الأقل إلى 25 حالة وفاة في كل 1 000 مولود حي
- وضع نهاية لأوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية المهملة ومكافحة التهاب الكبد الوبائي والأمراض المنقولة بالمياه والأمراض المعدية الأخرى بحلول عام 2030
- تخفيض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية بمقدار الثلث من خلال الوقاية والعلاج وتعزيز الصحة والسلامة العقلية بحلول عام 2030
- خفض عدد الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث المرور إلى النصف بحلول عام 2020
- ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات ومعلومات تنظيم الأسرة والتوعية الخاصة به، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية بحلول عام 2030
- الحد بدرجة كبيرة من عدد الوفيات والأمراض الناجمة عن التعرض للمواد الكيميائية الخطرة وتلوث وتلوث الهواء والماء والتربة بحلول عام 2030

والخدمات المالية، بما في ذلك التمويل المتناهي الصغر، بحلول عام 2030

الهدف 2 - القضاء على الجوع وتوفير الأمن الغذائي والتغذية المحسنة وتعزيز الزراعة المستدامة

أهم مقاصد الهدف:



- القضاء على الجوع وضمان حصول الجميع، ولا سيما الفقراء والفئات الضعيفة، بمن فيهم الرضع، على ما يكفيهم من الغذاء المأمون والمغذي طوال العام بحلول عام 2030
- وضع نهاية لجميع أشكال سوء التغذية، بحلول عام 2030، بما في ذلك تحقيق الأهداف المتفق عليها دولياً بشأن توقّف النمو والهزال لدى الأطفال دون سن الخامسة، ومعالجة الاحتياجات التغذوية للمراهقات والنساء الحوامل والمرضعات وكبار السن بحلول عام 2025.

الهدف 3 - ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار



الهدف 7 - ضمان حصول الجميع بتكلفة ميسورة على خدمات الطاقة الحديثة الموثوقة والمستدامة



الهدف 8 - تعزيز النمو الاقتصادي المطرد والشامل للجميع والمستدام، والعمالة الكاملة والمنتجة، وتوفير العمل اللائق للجميع

أهم مقاصد الهدف:



• تحقيق العمالة الكاملة والمنتجة وتوفير العمل اللائق لجميع النساء والرجال، بما في ذلك الشباب والأشخاص ذوي الإعاقة، وتكافؤ الأجر لقاء العمل المتكافئ القيمة، بحلول عام 2030

• الحد بدرجة كبيرة من نسبة الشباب غير الملتحقين بالعمالة أو التعليم أو التدريب بحلول عام 2020

• حماية حقوق العمل وتعزيز بيئة عمل سالمة وأمنة لجميع العمال، بمن فيهم العمال المهاجرون، وبخاصة المهاجرات، والعاملون في الوظائف غير المستقرة

• وضع وتنفيذ سياسات تهدف إلى تعزيز السياحة المستدامة التي توفر فرص العمل وتعزز الثقافة

الهدف 5 - تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين كل النساء والفتيات

أهم مقاصد الهدف:



• القضاء على جميع أشكال التمييز ضد النساء والفتيات في كل مكان

• القضاء على جميع أشكال العنف ضد جميع النساء والفتيات في المجالين العام والخاص، بما في ذلك الاتجار بالبشر والاستغلال الجنسي وغير ذلك من أنواع الاستغلال

• كفالة مشاركة المرأة مشاركة كاملة وفعالة وتكافؤ الفرص المتاحة لها للقيادة على قدم المساواة مع الرجل على جميع مستويات صنع القرار في الحياة السياسية والاقتصادية والعامة

• ضمان حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وعلى الحقوق الإنجابية، على النحو المتفق عليه وفقا لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ومنهاج عمل بيجين والوثائق الختامية لمؤتمرات استعراضهما

الهدف 6 - ضمان توافر المياه وخدمات الصرف الصحي للجميع



التكلفة، بما في ذلك التعليم الجامعي، بحلول عام 2030

• الزيادة بنسبة كبيرة في عدد الشباب والكبار الذين تتوافر لديهم المهارات المناسبة، بما في ذلك المهارات التقنية والمهنية، للعمل وشغل وظائف لائقة ومباشرة الأعمال الحرة بحلول عام 2030

• القضاء على التفاوت بين الجنسين في التعليم وضمان تكافؤ فرص الوصول إلى جميع مستويات التعليم والتدريب المهني للفئات الضعيفة، بما في ذلك للأشخاص ذوي الإعاقة والشعوب الأصلية والأطفال الذين يعيشون في ظل أوضاع هشّة، بحلول عام 2030

• ضمان أن تلمّ نسبة كبيرة جميع الشباب من الكبار، رجالاً ونساءً على حد سواء، بالقراءة والكتابة والحساب بحلول عام 2030

• ضمان أن يكتسب جميع المتعلمين المعارف والمهارات اللازمة لدعم التنمية المستدامة، بما في ذلك بجملة من السُّبل من بينها التعليم لتحقيق التنمية المستدامة واتباع أساليب العيش المستدامة، وحقوق الإنسان، والمساواة بين الجنسين، والترويج لثقافة السلام واللاعنف والمواطنة العالمية وتقدير التنوع الثقافي وتقدير مساهمة الثقافة في التنمية المستدامة، بحلول عام 2030

• بناء المرافق التعليمية التي تراعي الفروق بين الجنسين، والإعاقة، والأطفال، ورفع مستوى المرافق التعليمية القائمة وتهيئة بيئة تعليمية فعالة وآمنة وخالية من العنف للجميع

والاقتصادي والسياسي للجميع، بغض النظر عن السن أو الجنس أو الإعاقة أو العرق أو الإثنية أو الأصل أو الدين أو الوضع الاقتصادي أو غير ذلك، بحلول عام 2030

- ضمان تكافؤ الفرص والحد من أوجه انعدام المساواة في النتائج، بما في ذلك من خلال إزالة القوانين والسياسات والممارسات التمييزية، وتعزيز التشريعات والسياسات والإجراءات الملائمة في هذا الصدد
- اعتماد سياسات، ولا سيما السياسات المالية وسياسات الأجور والحماية الاجتماعية، وتحقيق قدر أكبر من المساواة تدريجياً

الهدف 11 - جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع وآمنة وقادرة على الصمود ومستدامة

أهم مقاصد الهدف:



- ضمان حصول الجميع على مساكن وخدمات أساسية ملائمة وآمنة وميسورة التكلفة، ورفع مستوى الأحياء الفقيرة، بحلول عام 2030
- توفير إمكانية وصول الجميع إلى نظم نقل مأمونة وميسورة التكلفة ويسهل الوصول إليها ومستدامة، وتحسين السلامة على الطرق، ولا سيما من خلال توسيع نطاق النقل العام، مع إيلاء اهتمام خاص لاحتياجات الأشخاص الذين يعيشون في ظل ظروف هشّة

الصناعات بحلول عام 2030 من أجل تحقيق استدامتها، مع زيادة كفاءة استخدام الموارد وزيادة اعتماد التكنولوجيات والعمليات الصناعية النظيفة والسليمة بيئياً، ومع قيام جميع البلدان باتخاذ إجراءات وفقاً لقدراتها

- تيسير تطوير البنى التحتية المستدامة والقادرة على الصمود في البلدان النامية من خلال تحسين الدعم المالي والتكنولوجي والتقني المقدم للبلدان الأفريقية، وأقل البلدان نمواً، والبلدان النامية غير الساحلية، والدول الجزرية الصغيرة النامية

دعم تطوير التكنولوجيا المحلية والبحث والابتكار في البلدان النامية، بما في ذلك عن طريق كفاءة وجود بيئة مؤاتية من حيث السياسات للتنوع الصناعي وإضافة قيمة للسلع الأساسية بين أمور أخرى

- تحقيق زيادة كبيرة في فرص الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، والسعي إلى توفير فرص الوصول الشامل والميسور إلى شبكة الإنترنت في أقل البلدان نمواً بحلول عام 2020

الهدف 10 - الحد من انعدام المساواة داخل البلدان وفيما بينها

أهم مقاصد الهدف:



- تمكين وتعزيز الإدماج الاجتماعي

والمنتجات المحلية بحلول عام 2030

- تعزيز قدرة المؤسسات المالية المحلية على تشجيع إمكانية الحصول على الخدمات المصرفية والتأمين والخدمات المالية للجميع، وتوسيع نطاقها
- وضع وتفعيل استراتيجية عالمية لتشغيل الشباب وتنفيذ الميثاق العالمي لتوفير فرص العمل الصادر عن منظمة العمل الدولية بحلول عام 2020

الهدف 9 - إقامة بنى تحتية قادرة على الصمود، وتحفيز التصنيع الشامل للجميع والمستدام، وتشجيع الابتكار

أهم مقاصد الهدف:



- إقامة بنى تحتية جيدة النوعية وموثوقة ومستدامة وقادرة على الصمود، بما في ذلك البنى التحتية الإقليمية والعابرة للحدود، لدعم التنمية الاقتصادية ورفاه الإنسان، مع التركيز على تيسير سُبل وصول الجميع إليها بتكلفة ميسورة وعلى قدم المساواة

- زيادة فرص حصول المشاريع الصناعية الصغيرة الحجم وسائر المشاريع، ولا سيما في البلدان النامية، على الخدمات المالية، بما في ذلك الائتمانات ميسورة التكلفة، وإدماجها في سلاسل القيمة والأسواق

- تحسين البنى التحتية وتحديث

الهدف 13 - اتخاذ إجراءات عاجلة للتصدي لتغير المناخ وآثاره أهم مقاصد الهدف:



- تعزيز المرونة والقدرة على الصمود في مواجهة الأخطار المرتبطة بالمناخ والكوارث الطبيعية في جميع البلدان، وتعزيز القدرة على التكيف مع تلك الأخطار
- إدماج التدابير المتعلقة بتغير المناخ في السياسات والاستراتيجيات والتخطيط على الصعيد الوطني
- تحسين التعليم وإذكاء الوعي والقدرات البشرية والمؤسسية للتخفيف من تغير المناخ، والتكيف معه، والحد من أثره والإنذار المبكر به

الهدف 14 - حفظ المحيطات والبحار والموارد البحرية واستخدامها على نحو مستدام لتحقيق التنمية المستدامة



الهدف 15 - حماية النظم الإيكولوجية البرية وترميمها وتعزيز استخدامها على نحو مستدام، وإدارة الغابات على

الهدف 12 - ضمان وجود أنماط استهلاك وإنتاج مستدامة أهم مقاصد الهدف:



- تحقيق الإدارة المستدامة والاستخدام الكفؤ للموارد الطبيعية، بحلول عام 2030
- تخفيض نصيب الفرد من النفايات الغذائية العالمية على صعيد أماكن البيع بالتجزئة والمستهلكين بمقدار النصف، والحد من خسائر الأغذية في مراحل الإنتاج وسلاسل الإمداد، بما في ذلك خسائر ما بعد الحصاد، بحلول عام 2030
- تحقيق الإدارة السليمة بيئياً للمواد الكيميائية والنفايات طوال دورة عمرها، وفقاً للأطر الدولية المتفق عليها، والحد بدرجة كبيرة من إطلاقها في الهواء والماء والتربة من أجل التقليل إلى أدنى حد من آثارها الضارة على صحة الإنسان والبيئة، بحلول عام 2020
- تشجيع الشركات، ولا سيما الشركات الكبيرة وعبر الوطنية، على اعتماد ممارسات مستدامة، وإدراج معلومات الاستدامة في دورة تقديم تقاريرها
- تعزيز ممارسات الشراء العام المستدامة، وفقاً للسياسات والأولويات الوطنية
- ضمان أن تتوافر للناس في كل مكان المعلومات ذات الصلة والوعي بالتنمية المستدامة وأنماط العيش في وئام مع الطبيعة بحلول عام 2030

والنساء والأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، بحلول عام 2030

- تعزيز التوسع الحضري الشامل للجميع والمستدام، والقدرة على تخطيط وإدارة المستوطنات البشرية في جميع البلدان على نحو قائم على المشاركة ومتكامل ومستدام، بحلول عام 2030
- تعزيز الجهود الرامية إلى حماية وصون التراث الثقافي والطبيعي العالمي
- التقليل إلى درجة كبيرة من عدد الوفيات وعدد الأشخاص المتضررين، وتحقيق انخفاض كبير في الخسائر الاقتصادية المباشرة المتصلة بالنتائج المحلي الإجمالي العالمي التي تحدث بسبب الكوارث، بما في ذلك الكوارث المتصلة بالمياه، مع التركيز على حماية الفقراء والأشخاص الذين يعيشون في ظل أوضاع هشة، بحلول عام 2030
- الحد من الأثر البيئي السلبي الفردي للمدن، بما في ذلك عن طريق إيلاء اهتمام خاص لنوعية الهواء وإدارة نفايات البلديات وغيرها، بحلول عام 2030
- توفير سبل استفادة الجميع من مساحات خضراء وأماكن عامة، آمنة وشاملة للجميع ويمكن الوصول إليها، ولا سيما بالنسبة للنساء والأطفال وكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة، بحلول عام 2030
- دعم الروابط الإيجابية الاقتصادية والاجتماعية والبيئية بين المناطق الحضرية والمناطق المحيطة بالمناطق الحضرية والمناطق الريفية، من خلال تعزيز تخطيط التنمية الوطنية والإقليمية

نحو مستدام، ومكافحة التصحر، ووقف تدهور الأراضي وعكس مساره، ووقف فقدان التنوع البيولوجي



الهدف 16: السلام والعدل والمؤسسات

أهم مقاصد الهدف:



- الحد بدرجة كبيرة من جميع أشكال العنف وما يتصل به من معدلات الوفيات في كل مكان
- إنهاء إساءة المعاملة والاستغلال والاتجار بالبشر وجميع أشكال العنف ضد الأطفال وتعذيبهم
- تعزيز سيادة القانون على الصعيدين الوطني والدولي وضمان تكافؤ فرص وصول الجميع إلى العدالة

- إنشاء مؤسسات فعالة وشفافة وخاضعة للمساءلة على جميع المستويات
- ضمان اتخاذ القرارات على نحو مستجيب للاحتياجات وشامل للجميع وتشاركي وتمثيلي على جميع المستويات
- توفير هوية قانونية للجميع، بما في ذلك تسجيل المواليد، بحلول عام 2030

- تعزيز القوانين والسياسات غير التمييزية لتحقيق التنمية المستدامة

الهدف 17 - تعزيز وسائل التنفيذ وتنشيط الشراكة العالمية من أجل التنمية المستدامة

أهم مقاصد الهدف:



- تعزيز التعاون الإقليمي والدولي بين الشمال والجنوب وفيما بين بلدان الجنوب والتعاون الثلاثي فيما يتعلق بالعلوم والتكنولوجيا والابتكار والوصول إليها، وتعزيز تبادل المعارف وفق شروط متفق عليها،

- بوسائل تشمل تحسين التنسيق فيما بين الآليات القائمة، ولا سيما على مستوى الأمم المتحدة، ومن خلال آلية عالمية لتيسير التكنولوجيا
- تعزيز تطوير تكنولوجيات سليمة بيئياً ونقلها وتعميمها ونشرها إلى البلدان النامية بشروط مواتية، بما في ذلك الشروط التساهلية والتفضيلية، وذلك على النحو المتفق عليه

- التفعيل الكامل لبنك التكنولوجيا وآلية بناء القدرات في مجالات العلم والتكنولوجيا والابتكار لصالح أقل البلدان نمواً بحلول عام 2017، وتعزيز استخدام التكنولوجيات التمكينية، ولا سيما تكنولوجيا المعلومات والاتصالات

- تعزيز الدعم الدولي لتنفيذ بناء القدرات في البلدان النامية تنفيذاً فعالاً ومحدد الأهداف من أجل دعم الخطط الوطنية الرامية إلى تنفيذ جميع أهداف التنمية المستدامة، بوسائل تشمل التعاون بين الشمال والجنوب وفيما بين بلدان الجنوب والتعاون الثلاثي.

لمزيد من التفصيل، يمكن الرجوع إلى الموقع الإلكتروني التالي:

<http://www.un.org/sustainabledevelopment/ar/sustainable-development-goals>

questionable notions of intelligence and social competence, the inability of the general population to use sign language, the lack of reading material in Braille or hostile public attitudes to people with non-visible disabilities.

Furthermore, Oliver stated, "Disabled people defining disability as a social creation not as merely an individual or attitudinal problem, but as a problem created by the institutions, organizations and processes that constitute society in its totality."

The social model of disability has been subjected to criticism on a number of grounds, which have planted the seeds of controversial and dynamic debates. One of these critiques is that the social model, supposedly, ignores personal experiences of impairment, such as physical pain. For example, research with people with high spinal cord injuries found that the physical manifestations of their impairments were the central concern to the participants: "Because sometimes you just can't get out of bed: you may have a pressure sore or not be feeling well ... it is not as easy as an able-bodied person

The social model has also been criticized for not addressing multiple identities. As Shakespeare says, it ignored the multiple identities and identity choices which people make in practice. For example, there is a danger of ignoring the fact that disabled people are also men and women, straight and gay, and come from various ethnic groups. Sometimes the values of the disability movement, for example, autonomy, independence, choices and rights, may in fact be specifically white, Western values.

Another critique of the social model of disability is its failure to address the social origin of impairments. In this respect Crow contended that impairment can also be caused or compounded by disability. Discrimination in general can also cause major emotional stress and place mental health at risk. Our reluctance to discuss impairment obscures this aspect of disability.

Like disability other inequalities can also create impairment.

Finally, the social model is inadequate as a social theory of disablement. It can be argued, however, that the development of the social model of disability has changed the way of viewing disabling barriers. Combating discrimination and social oppression, which the social model of disability seeks to achieve, are more important than addressing issues such as multiple identities or the social origin of impairments because these are the main exclusionary barriers that preclude disabled people from gaining their rights. Therefore, Oliver responded to these critiques by arguing: first, the social model is not an attempt to deal with the personal restrictions of impairment but the social barriers of disability. Second, this denial of the pain of impairment has not, in reality, been a denial at all; rather, it has been a pragmatic attempt to identify and address issues that can be changed through collective acts rather than medical or other professional treatment. Third, up to now and for very important reasons, the social model has insisted that there is no causal relationship between impairment and disability. Fourth, the social model is not a full social theory, nor is it intended to be; more a heuristic tool to use to obtain an alternative understanding of disability. The critical factor is that the social model is an intentional move, or focus, away from the personal to the political, to achieve collective ends.

However, this reply did not satisfy some researchers. Finkelstein, for instance, questioned the relevancy of the social model in guiding the struggle of the disability movement. He contended: "The ideological problem facing the disability movement in the United Kingdom from the 1990s onwards was whether the social model of disability was still relevant in guiding our struggle or whether social changes had advanced so far that the original model no longer reflected the social context in which it had been created."

It was also argued that if the social

model could not include these issues of disabled people's concerns, establishing another model of disability could be an alternative. Swain and French therefore proposed the affirmation model of disability; they argue that a new model of disability is emerging within the literature by disabled people and within disability culture, expressed most clearly by the disability arts movement. As they contend, the social model shifted the focus from seeing disability as an individual problem to a social problem but failed to emphasize disabled people's positive identity of disability. They state: "The social model sites the problem within society: the affirmative model directly challenges the notion that the problem lies within the individual or impairment. Affirming a positive identity of being impaired, disabled people are actively repudiating the dominant value of normality. The changes for individuals are not just a transforming consciousness as to the meaning of disability but an assertion of the value and validity of life as a person with impairment_ But again, affirming a positive identity of being impaired may reinforce the accepting of the disabled/non-disabled distinction which does not help in tackling societal barriers experienced by disabled people.

Therefore, it is really vital to place more emphasis on the actual barriers which face disabled people in all aspects of their lives, these barriers are mostly attributed to social attitudinal environmental and cultural factors.

In conclusion, it is evident that the social model of disability has gained more momentum among the disability movement in the majority world, this might be reflected in the UN CRPD's adoption of the social model of disability. Rather than the medicalised one, this means that most states parties in the convention will change its methods in responding and dealing with disabled people, the focus will shift from curing individuals' functional limitations to removing barriers created by society. For all these reasons, definitions of disability matter.

Why do definitions of disability matter?

Ahmed Alomran,

Legal Researcher, Department of Welfare and Rehabilitation of Persons with Disabilities, UAE

Definitions of disability can influence the way in which non-disabled people respond to disabled people. In other words, definitions may reveal social attitudes and may determine the type of measures that organize the various aspects of disabled people's lives. Disability has always been medicalized and connected to the emergence of the medical profession and the rise of the germ theory of illness and disease. Disabled people, however, strongly opposed this medicalized view on the definition of disability and social policy.

There are various ways of classifying approaches to disability. For current purposes, however, the focus in this article will be on reviewing the most prominent perspectives on defining disability mainly, the medicalized view of disability as it has been the most recognized and most criticized view and the social model of disability as it is the most influential view among the disability movement in the majority world.

The medical model of disability

The medical model of disability locates the problem of disability within the individual and sees the causes of this problem as resulting from individuals' functional limitations or psychological losses which are assumed to arise from disability. This view of disability is underpinned by what Oliver called "the personal tragedy theory of disability", which suggests that disability is some terrible chance event which occurs at random to unfortunate individuals. This model was established by the medical control of disease and was

further illustrated by the World Health Organization's (WHO) airy definition of disability (adopted in 1980) as given by doctors Brisenden describes the negative labelling that resulted from this understanding of disability by saying "this labelling process leads to us being excluded from all spheres of social life, and allows people to treat us either as morons or as creatures from another planet."

Oliver also views the oppression of disabled people as a social creation of capitalism.

He states: "...the very idea of disability as individual pathology only becomes possible when we have an idea of individual able-bodiedness, which is itself related to the rise of capitalism and the development of wage labour. Under capitalism that is precisely what happened and disability became individual pathology; disabled people could not meet the demands of individual wage labour and so became controlled through exclusion."

The medicalized model of disability has been criticized from a number of angles. For instance, Oliver, Barnes and Abberley argued that the medical model of disability assumes the "normality" which is based on the non-disabled criteria. Consequently, it fails to recognize the situational and cultural relativity of normality. Thus, the medical model of disability medicalizes and individualizes the problem of disability and the solutions that it produces. It also views the environment as given and unchangeable. Nevertheless, it presents disability as a static state and violates its situational and

experiential components. Finally, Pfeiffer contended that it reflects white, male, Western, middle class values.

The social model of disability

The emergence of the social model has its roots in the 1960s and 1970s with the work of several British disabled people, for example, Paul Hunt who challenged the value system of a society that segregated and excluded disabled people, with associated social stigma, as less than "normal".

Hunt was also very influential in forming the Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) in 1975, which redefined physical disability as a form of social oppression and disabled people; therefore, as an oppressed social group. This organization distinguishes between the impairments that people have and the oppression which they experience.

This social oppression view of disability was developed from constant struggles and independent action, whereas the personal tragedy view of disability presents disabled people as passive and dependent. Oliver pointed out that most writers in social policy have remained locked within a personal tragedy theory of disability, which attributes the failure of disabled people to participate in society fully to the physical or psychological limitations of the disabled person. On the other hand, the social model of disability holds that all disabled people experience disability as social restriction, whether those restrictions occur as a consequence of inaccessibly built environments,



اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن

الدكتور مهند العزة

خبير دولي في حقوق الإنسان - وحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

لم تعالج اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حقوق كبار السن في مادة منفردة على نحو ما فعلت مع المرأة ذات الإعاقة التي خُصصت لها المادة (6) من الاتفاقية التي تنص على أنه:

1- تقرر الدول الأطراف بأن النساء والفتيات ذوات الإعاقة يتعرضن لأشكال متعددة من التمييز، وأنها ستتخذ في هذا الصدد التدابير اللازمة لضمان تمتعن تمتعا كاملا وعلى قدم المساواة بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية.

2 - تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير الملزمة لكفالة التطور الكامل والتقدم والتمكين للمرأة، بغرض ضمان ممارستها حقوق الإنسان والحريات الأساسية المبينة في هذه الاتفاقية والتمتع بها". فهذه المادة ترسي المبادئ الأساسية التي يجب أن تنطلق منها أي سياسة أو خطة أو تشريع يتعلق بحقوق المرأة ذات الإعاقة، وهي المبادئ ذاتها التي أوردتها الاتفاقية في مادتها (3) حيث دلت

جنسهم أو عمرهم أو نوع إعاقتهم. وعلى رأس هذه النصوص يأتي نص المادة (3) التي سبق وأن أشرنا إلى مضامينها المتعلقة بالمبادئ العامة التي يجب أن تنعكس على سائر النصوص والتدابير التي تصدرها وتتخذها الدولة على الصعيد الوطني. ومن هنا، فإن الدولة وهي بصدد رسم سياسة أو سن تشريع أو تصميم برنامج لكبار السن مثلاً، فإنه يتوجب عليها حتماً أن تراعي مبادئ الاتفاقية بحيث تكون تلك السياسات والتشريعات والبرامج شاملةً ودامجةً للأشخاص ذوي الإعاقة ومراعيةً للجنس على نحو واضح وبين، وإلا كانت مخالفةً لمبادئ عدم التمييز والدمج وتكافؤ الفرص والمساواة والتهيئة البيئية السالف ذكرها. وفي الاتجاه نفسه يأتي نص المادة (4) من الاتفاقية الذي يبين الالتزامات العامة المفروضة على عاتق الدول الأطراف وعلى رأسها الالتزام بتعديل التشريعات سواءً كانت قوانين أو أنظمة أو لوائح أو تعليمات وكذلك تعديل الممارسات الإدارية والمؤسسية بما يحقق مبادئ الاتفاقية والغرض من صدورها. وبتطبيق ذلك على حقوق المرأة ذات الإعاقة من كبار السن، فإنه لازماً على الدولة وأجهزتها كفالة تضمين حقوق وقضايا المرأة ذات الإعاقة من كبار السن في ما تصدره من تشريعات تتعلق بحقوق المرأة أو بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة أو بحقوق كبار السن.

وبالإضافة إلى نص المادة (5) المتعلق بعدم التمييز والمساواة ونص المادة (6) الذي تم تخصيصه للمرأة ذات الإعاقة على النحو المبين آنفاً، فإن نص المادة (19) من الاتفاقية يبدو كبير الأثر وعظيم التأثير في تعزيز حقوق المرأة ذات الإعاقة من كبار السن. فهذه المادة تتعلق بالحقوق في العيش المستقل ومتطلباته وتنص على أنه: "تقر الدول الأطراف في هذه الاتفاقية بحق جميع الأشخاص ذوي الإعاقة، مساواة بغيرهم، في العيش في المجتمع،

ومنع حدوث المزيد منها، على أن يشمل ذلك الأطفال وكبار السن";

- نص الفقرة (ب) من المادة (28) الخاصة بالحق في مستوى المعيشة اللائق والحماية الاجتماعية، وجاء فيها: "ضمان استفادة الأشخاص ذوي الإعاقة، خصوصاً النساء والفتيات وكبار السن، من برامج الحماية الاجتماعية وبرامج الحد من الفقر".

ويلاحظ على هذين النصين أنهما قد أوردنا ذكر كبار السن من ذوي الإعاقة في معرض الحديث عن الصحة والحماية الاجتماعية ومحاربة الفقر دون غيرهما. فهل كان المشرع الدولي بحاجة إلى مزيد من التركيز على فئة كبار السن من الأشخاص ذوي الإعاقة وتخصيصهم بنص منفرد على نحو ما فعل مع النساء والأطفال ذوي الإعاقة؟ إننا ومن جانبنا لا نميل إلى هذا التوجه لاعتبارات فنية وموضوعية عدة يضيق المقام عن ذكرها تتعلق بمدى فاعلية تخصيص فئة بعينها بنص محدد في اتفاقية خاصة بالفئة الأكبر التي تنتهي إليها تلك الفئة المحددة المراد تخصيصها بنص منفرد. ومع ذلك، فإننا نسلم بوجاهة المخاوف وجديتها التي تتعلق بكبار السن من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين ينبغي تأمين نطاق واسع وقوي من الحماية القانونية لهم يمكنهم من ممارسة حقوقهم وحرياتهم دون تمييز ودون قيد من عادات أو أعراف أو تقاليد. وإننا لنعتقد جازمين أن السبيل إلى ذلك ميسور وتتيحه اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة نفسها، الأمر الذي نتصدى لبيانها حالاً:

2- الأحكام المتقاطعة مع حقوق كبار السن من الأشخاص ذوي الإعاقة في الاتفاقية:

لقد أوردت الاتفاقية جملةً من النصوص والأحكام العامة التي يجب أن تنطبق على الأشخاص ذوي الإعاقة بغض النظر عن

على أن: عدم التمييز والمشاركة والدمج في شتى مناحي الحياة وتكافؤ الفرص والمساواة واحترام الكرامة وحرية الاختيار والاستقلالية الفردية والتهيئة البيئية وتقبل الإعاقة بوصفها تنوعاً بشرياً طبيعياً والمساواة الجنسانية؛ كلها مرتكزات يجب أن تقوم عليها التشريعات والسياسات التي يتم وضعها للأشخاص ذوي الإعاقة بمن فيهم المرأة ذات الإعاقة من كبار السن. وثمة سؤال يثور في هذا المقام ألا وهو: هل عالجت اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة قضايا تتعلق بكبار السن في أحكام ونصوص فرعية؟ وإذا كانت قد فعلت، فمن أي منظور وفي أي مجالات وما هي كفاية ما أوردته لتعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة من كبار السن وبصفة خاصة المرأة منهم وما هي المواد الأخرى في الاتفاقية التي يجب مراعاتها بصفة خاصة أثناء رسم السياسات وسن التشريعات؟

هذا ما سنحاول الإجابة عنه في ما يأتي:

1- النصوص المتعلقة بكبار السن ذوي الإعاقة في الاتفاقية:

لقد أوردت الاتفاقية نصوصاً صريحة تتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة من كبار السن وثمة نصوص أخرى يجب إعمالها لكونها ترتبط بهم ارتباطاً وثيقاً.

فمن ناحية النصوص الصريحة، فإنه يمكن رصد فقرتين وردتا في الاتفاقية ذكرتا صراحةً كبار السن وهما:

- نص الفقرة (ب) من المادة (25) من الاتفاقية المتعلقة بالحق في الصحة التي تقضي بأنه: "توفير ما يحتاج إليه الأشخاص ذوو الإعاقة تحديداً بسبب إعاقتهم من خدمات صحية، تشمل الكشف المبكر والتدخل عند الاقتضاء، وخدمات تهدف إلى التقليل إلى أدنى حد من الإعاقات

ولكي يتأتى ذلك فإنه لا بد من اتخاذ خطوات معينة نجملها على النحو الآتي:

1- على صعيد السياسات

والاستراتيجيات والخطط والبرامج:

أ- مراجعة السياسات الوطنية وتقييم مدى كفايتها لضمان حقوق كبار السن بشكل عام؛

ب- تعديل هذه السياسات إن وجدت أو تصميمها بما يتوافق ونصوص الشريعة الدولية واتفاقيات حقوق الإنسان الأساسية ومن بينها اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة واتفاقية القضاء على كافة أشكال التمييز ضد المرأة وغيرها؛

ج- تضمين حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في السياسات التي توضع لكبار السن بما ينسجم والمنظور الشمولي الحقوقي للإعاقة بعيداً عن النهج الرعائي الطبي؛

د- وضع تدابير خاصة بالمرأة ذات الإعاقة من كبار السن في تلك السياسات وما يتفرع عنها من خطط وبرامج بما يحقق لها المساواة وعدم التمييز والعيش المستقل.

2- على صعيد التشريعات:

أ- مراجعة القوانين الوطنية المتعلقة بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وقوانين العقوبات والقوانين المدنية وقوانين دور ومراكز الرعاية الإيوائية وغير الإيوائية وضوابط ترخيصها للتثبت من مدى استجابتها لمبادئ اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وما أوردته من التزامات عامة وأحكام تفصيلية مرتبطة؛

ب- إدراج نصوص في التشريعات ذات الصلة تؤكد على التعريف الشمولي للإعاقة وكبار السن بتجرد تام عن

الاندماج في المجتمع والمشاركة فيه على نحو فعال ومؤثر من جانب الأشخاص ذوي الإعاقة بمن فيهم المرأة ذات الإعاقة من كبار السن التي سوف تكون دائماً أكثر عرضة من غيرها للإقصاء والانعزال القصري. ثم يأتي نص الفقرة الثالثة من المادة ليؤكد على مبدأ غاية في الأهمية يتقاطع مع نصوص الاتفاقية كلها وقد سبقت الإشارة إليه في مطلع هذه الورقة البحثية، ألا وهو مبدأ تضمين قضايا وحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وجعل البرامج والخدمات شاملة ودامجة لها. وقد أوردت هذه الفقرة هذا الحكم وأعادت التأكيد على ذلك المبدأ في إطار الخدمات المجتمعية المتاحة للكافة لتقطع مرة أخرى بأننا لسنا بصدد إنشاء خدمات وبيئات خاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة أياً كانت طبيعة ونوع إعاقاتهم وأياً كان جنسهم وسنهم. وفي هذا المقام فإن المرأة ذات الإعاقة من كبار السن هي أولى الناس بالتمسك بهذه النصوص لما تكفله لها من استقلال وحرية ودمج في مجتمعها ومحيطها على نحو يجعلها دائماً في سياق فاعل ومؤثر مؤدية دورها وممارسة لحقوقها وحياتها دون تمييز وعلى أساس من المساواة مع الآخرين.

توصيات:

يتضح من العرض السابق أن المرأة ذات الإعاقة من كبار السن إذ تخوض معركة مناهضة التمييز والتمتع بالحقوق والحريات على أساس من المساواة مع الآخرين على جهات عدة، فإنها بحاجة إلى تضمين حقوقها وقضاياها على صعيد السياسات والخطط والبرامج والتشريعات الوطنية بما يحقق مبدأ التضمين أيما تحقيق. والتعديل على السياسات والتشريعات بتضمينها حقوق المرأة ذات الإعاقة من كبار السن سوف ينعكس على الممارسات المؤسسية والفردية نحوها بما يعزز وصولها إلى الخدمات ومشاركتها في مناحي الحياة كافة دون إقصاء أو تمييز.

بخيارات مساوية لخيارات الآخرين، وتتخذ تدابير فعالة ومناسبة لتيسير تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة الكامل بحقوقهم وإدماجهم ومشاركتهم بصورة كاملة في المجتمع. ويشمل ذلك كفالة ما يلي:

(أ) إتاحة الفرصة للأشخاص ذوي الإعاقة في أن يختاروا مكان إقامتهم ومحل سكنهم والأشخاص الذين يعيشون معهم على قدم المساواة مع الآخرين وعدم إجبارهم على العيش في إطار ترتيب معيشي خاص؛

(ب) إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على طائفة من خدمات المؤازرة في المنزل وفي محل الإقامة وغيرها من الخدمات المجتمعية، بما في ذلك المساعدة الشخصية الضرورية لتيسير عيشهم وإدماجهم في المجتمع، ووقايتهم من الانعزال أو الانفصال عنه؛

(ج) استفادة الأشخاص ذوي الإعاقة، على قدم المساواة مع الآخرين، من الخدمات والمرافق المجتمعية المتاحة لعامة الناس، وضمان استجابة هذه الخدمات لاحتياجاتهم.

فهذا النص قاطع الدلالة إذن في فقرته الأولى أن من أبرز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في إطار العيش المستقل أن يختاروا مكان سكنهم وإقامتهم دون إجبارهم على العيش أو الإقامة في ترتيبات معينة مثل دور الرعاية ودور "المسنين"، فالمرأة ذات الإعاقة من كبار السن والحالة هذه حرة في اختيار مكان إقامتها ولا يجوز إجبارها أو دفعها دفعاً للإقامة في مراكز إيوائية بل يجب تعزيز دمجها في المجتمع وتوفير بيئات داعمة لها على مختلف الصعد. ثم يأتي نص الفقرة الثانية من المادة نفسها ليؤكد على أن العيش المستقل يتطلب توفير الترتيبات التيسيرية بما في ذلك المرافق أو المساعد الشخصي وذلك لتحقيق الغاية المثلى والنهائية للعيش المستقل ألا وهي



التعاريف الطبية الرعائية:

ج- تضمين التشريعات الوطنية أحكاماً خاصة تؤكد على مفهوم الترتيبات التيسيرية والهيئة البيئية والالتزام بتوفيرها للأشخاص ذوي الإعاقة من كبار السن خصوصاً في مجال الخدمات الاجتماعية وكل ما يحقق العيش المستقل لهم؛

د- النص على تعدد جهات الإشراف والمتابعة على المؤسسات والجمعيات والمراكز التي تهتم بالأشخاص ذوي الإعاقة أو بالمرأة أو بكبار السن بحسب ما تقدمه من برامج وخدمات.

3- على صعيد الممارسات:

أ- تصميم وتنفيذ برامج لرفع الوعي حول الأشخاص ذوي الإعاقة والمرأة منهم من كبار السن، على أن تستهدف هذه البرامج فئات محددة يراعى لكل منها طبيعة ومضمون الرسالة المراد غيصالها، فطلاب الجامعات غير الأطباء غير الموظفين في وزارة الشؤون أو التنمية الاجتماعية غير العاملين في المراكز والمؤسسات الرعائية، فلكل

منهم أسلوب مخاطبته ومضمون يوافق اختصاصه وتخصصه؛

ب- تصميم برامج تدريبية للإعلاميين حول كيفية تناول حقوق وقضايا الأشخاص ذوي الإعاقة وبصفة خاصة المرأة من كبار السن سواء في الإعلام المقروء أو المسموع أو المرئي، بحيث يتم تناولها من جوانب وزوايا تعكس البعد الحقوقي بعيداً عن أغراض التراجيديا أو الكوميديا أو وضع المرأة ذات الإعاقة بين مطرقة "يا سلام" وسندان "يا حرام"، فهي ليست مخلوقاً خارقاً ولا مسكيناً ضعيفاً على الدوام بل هي شخص له حقوقه وحرياته التي يجب أن تحترم وأن تكفل الدولة لها ممارستها دون تمييز؛

ج- تصميم برامج تطوير قدرات للمرأة ذات الإعاقة بوجه عام ومن كبار السن على وجه الخصوص حول حقوق الإنسان ومهارات المدافعة وكسب التأييد، وتطوير برامج مماثلة ومهارات تصميم البرامج الدامجة والشاملة لمنظمات حقوق المرأة وحقوق كبار السن لتضمن قضايا

المرأة ذات الإعاقة من كبار السن وحقوقها في أجندتها وبرامجها؛

د- مراجعة المناهج الدراسية وتعديلها بما يعكس الصورة الصحيحة عن الأشخاص ذوي الإعاقة وعن المرأة وكبار السن من حيث كونهم جميعاً تنوعاً بشرياً طبيعياً ولهم الحقوق والحرريات ذاتها الثابتة للآخرين وليسوا مجرد صورا نمطية وشخصيات ضعيفة أو محزنة أو مضحكة أو حبيسة المساجد أو الغرف أمام مبخرة قديمة بجانب عكازها بآلة اللون أو رهينة المطبخ بين الأواني والأطباق. فيجب استبدال هذه الصور والقوالب النمطية بصور وقصص وأمثلة أخرى مع تقديم نماذج قديمة ومعاصرة تبين كيف أن المرأة والشخص ذي الإعاقة وكبار السن بوسعهم القيام بما يقوم به الآخرون دون تهويل مسفر ولا تحقير منفر بل بحياد يبين أن تقييم الشخص ليس له صلة بعمره أو جنسه أو إعاقته، وأن البيئة المحيطة في معظم الأحيان هي التي تعيق الشخص عن ممارسة حقه والتمتع به مثل غيره.

نحو تنمية بشرية مستدامة لذوي الإعاقة بدولة الإمارات العربية المتحدة

أحمد همام- الإمارات العربية المتحدة



إن الإنسان هو الثروة الحقيقية لأي مجتمع، وهو الهدف الأساس من التنمية، ويتنوع مفهوم التنمية من التنمية الاقتصادية إلى التنمية البشرية، وصولاً إلى مفهوم التنمية المستدامة، وبما أن التنمية الاقتصادية شرط ضروري للتنمية البشرية، فإن التنمية البشرية تعني توسيع الخيارات المتاحة أمام المرء، حيث إن الفقر يعني انعدام الفرص والخيارات الأساسية، وبذلك تكون التنمية البشرية تهدف إلى توسيع خيارات الناس عن طريق: المساواة في الفرص للجميع، ثم استدامة هذه الفرص من جيل إلى جيل، وتمكين وإشراك الناس في عمليات التنمية والاستفادة منها، فالإنسان هو عنصر التنمية وهو هدفها وغايتها.

وتدعو أجندة التنمية لما بعد عام 2015 إلى المساواة في الفرص بالنسبة للمعاقين فيما يتعلق بالقدرة على الحصول على فرص التعليم، والتدريب المهني، والتوظيف المنتج، والعمل الكريم، والنقل والمواصلات، والأماكن العامة.

مفهوم التنمية البشرية:

لقد كان مفهوم التنمية منذ العشرينات وحتى نهاية عقد الثمانينات من القرن الماضي قاصراً على كمية ما يحصل عليه الفرد من سلع وخدمات مادية، ولكن مع تدشين مفهوم التنمية البشرية سنة 1990 عندما تبناه برنامج الأمم المتحدة للإنماء، أصبح الإنسان هو صانع التنمية وهدفها.

تعريف التنمية البشرية المستدامة:

عرف برنامج الأمم المتحدة للتنمية البشرية في تقريره العالمي سنة 1990 التنمية البشرية المستدامة على أنها: "عملية توسيع لخيارات الأفراد، ومن حيث المبدأ هذه الخيارات يمكن أن تكون مطلقة ويمكن أن تتغير بمرور الوقت، ولكن الخيارات الأساسية الثلاثة، على جميع مستويات التنمية البشرية، هي أن يعيش الأفراد حياة مديدة وصحية، وأن يكتسبوا معرفة، وأن يحصلوا على الموارد اللازمة لمستوى معيشة لائق".

وذكر د. عبد الحميد العباسي في كتابه "التنمية البشرية مفاهيم وأساسيات وبناء أدلتها - 2014" أن الدليل الشامل المقترح للتنمية البشرية يشمل أبعاد ومؤشرات أهمها:

- التعليم: وفيه أربعة مجالات (المعرفة - وجودة التعليم - الاستدامة وتعني متوسط سنوات الدراسة المتوقع - والثقافة).
- الصحة: وفيه خمس مجالات (الصحة العامة - تقديم الرعاية الصحية - صحة المجتمع - استخدام الرعاية الصحية - الوفيات).
- الحالة المعيشية: وفيه ثلاثة مجالات (الدخل والانفاق - الفقر- النشاط الاقتصادي).

غايات التنمية البشرية:

تهدف عملية تنمية الإنسان إلى تحقيق جملة من الغايات والأهداف التي تصلح

بها الحياة الإنسانية وترفع من مستوى معيشة الإنسان ومنها:

- 1 بناء إنسان قادر على مواجهة الحياة والتغيرات التي تحدث حوله بشكل إيجابي وفعال.
- 2 مساعدة الفرد على التفكير بشكل إيجابي وخلاق وتغيير نظريته من نظره سطحه إلى نظرة أكثر عمقا.
- 3 تعليم الفرد على إتقان مهارات الاتصال الفعال وذلك من أجل إثراء تواصل الفرد بالمجتمع.
- 4 مساعدة الفرد في تطوير أدائه وقدراته وذلك من أجل إيجاد الوظيفة المناسبة له وكيفية الحصول عليها وما يحتاجه لذلك من مؤهلات ودورات سمات في الشخصية.
- 5 تعليمه مهارات وفنون التعامل وكيفية تعامله مع فريق العمل ومع قائد الفريق.
- 6 تعليم الإنسان قيمة الوقت وتدريبه على مهارات أو فنون إدارة الوقت وكيفية استغلال طاقاته ومواهبه ووضع أهداف لحياته.
- 7 كيفية التعامل مع المشكلات التي تواجه الفرد بشكل إيجابي، وفعال والبحث عن المخارج والحلول.

أبعاد التنمية البشرية

- يشير كثير من الباحثين في مجال التنمية البشرية إلى أن للتنمية بعدين هما:
- الأول: يهتم بمستوى تطوير المهارات والقدرات حيث يهتم بالنمو الإنساني في مختلف مراحل الحياة لتنمية قدرات الإنسان، طاقاته البدنية، العقلية، النفسية، الاجتماعية، المهارية.
- الثاني: هو البعد الاقتصادي البشري: حيث إن التنمية البشرية عملية تتصل باستثمار الموارد والمدخلات والأنشطة الاقتصادية التي تولد الثروة والإنتاج لتنمية القدرات البشرية.

التنمية البشرية المستدامة في دولة الإمارات العربية المتحدة:

باستعراض أهم دلائل ومؤشرات التنمية البشرية، نجد أن دولة الإمارات العربية المتحدة بقيادة صاحب السمو الشيخ خليفة بن زايد آل نهيان، رئيس الدولة "حفظه الله" قد خطت خطوات هامة نحو تحقيق تنمية بشرية مستدامة في مجالات الصحة والتعليم وتحقيق مستوى عال من الدخول للأفراد، وقد تمثل ذلك في الوصول إلى حقيقة معاشه أن "الإمارات من أسعد شعوب العالم"، وقد أولت الدولة اهتمامها بالمواطن الإماراتي ورفاهيته وسعادته، فاستحدثت منصب "وزير الدولة للسعادة" مهمته الأساسية مواءمة كل خطط الدولة وبرامجها وسياساتها لتحقيق سعادة المجتمع وإيجاد بيئة يتمكن فيها الناس من تحقيق سعادتهم.

وتأتي مبادرة «عام 2016.. عام القراءة» التي أطلقها صاحب السمو الشيخ خليفة بن زايد آل نهيان، رئيس الدولة "حفظه الله"، لتمثل خطوة جديدة في مسيرة دولة الإمارات نحو ترسيخ ثقافة العلم والمعرفة والاطلاع على ثقافات العالم في نفوس المواطنين والمقيمين. وضع بداياتها مؤسس دولة الاتحاد المغفور له بإذن الله الشيخ زايد بن سلطان آل نهيان "رحمه الله"، والتي تقوم على أن بناء الدول لا يتم فقط بالتركيز على العمران المادي، لكنه يعتمد في الأساس على بناء الإنسان الذي يشكل البنية الحقيقية لأي تطور ونجاح.

وأطلق صاحب السمو الشيخ محمد بن راشد آل مكتوم، نائب رئيس الدولة رئيس مجلس الوزراء حاكم دبي، "رعاه الله" أكبر مشروع عربي لتشجيع القراءة لدى الطلاب في العالم العربي، وهو «تحدي القراءة العربي» الذي يشارك فيه أكثر من مليون طالب عليهم قراءة 50 مليون كتاب خلال عامهم الدراسي، وتوجيهات سموه، تم إطلاق الصندوق الوطني لدعم القراءة بميزانية 100 مليون درهم، ضمن إطار الاستراتيجية الوطنية للقراءة للأعوام العشرة القادمة. كما اعتمد مجلس الوزراء

شهر مارس من كل عام شهراً للقراءة بدءاً من 2017 على أن يكون شهر أكتوبر هو شهر القراءة في 2016.

نحو تنمية بشرية مستدامة لذوي الإعاقة:

وفي خطوة هامة نحو تحقيق تنمية بشرية مستدامة لذوي الإعاقة، اهتمت الدولة بإنشاء العديد من المراكز المتخصصة لتقديم الخدمات التعليمية والصحية والرياضية لذوي الإعاقة، وتدريبهم وتأهيلهم والعمل على دمجهم في المجتمع.

كما أطلقت العديد من المبادرات منها مبادرة سمو الشيخ حمدان بن محمد بن راشد آل مكتوم، ولي عهد دبي رئيس المجلس التنفيذي "مجتمعي... مكان للجميع" التي تهدف إلى جعل إمارة دبي بالكامل مدينة صديقة لذوي الإعاقة بحلول العام 2020، كما أعطى سموه توجيهاته للجهات الخدمية باستحداث برامج تدريبية لموظفيها للتدريب على "لغة الإشارة" إضافة إلى توفير جميع الأدلة الإرشادية للخدمات الرئيسية مطبوعة بطريقة "برايل" وإتاحتها لذوي الإعاقة البصرية.

خلوة المائة الإنسانية:

استجابة لتوجيهات صاحب السمو الشيخ محمد بن راشد آل مكتوم نائب رئيس الدولة رئيس مجلس الوزراء حاكم دبي، استضاف "مركز راشد للمعاقين" "خلوة المائة الإنسانية"، بمشاركة المراكز الإنسانية والخيرية في الدولة وسفراء النوايا الحسنة والمهتمين بالقضايا الإنسانية.

وتهدف الخلوة إلى طرح الأفكار والرؤى لوضع مسارات وآليات لتعزيز دور المعاقين والعاملين في المجال الإنساني في تحقيق مبادرة "2016 عاماً للقراءة" والاستفادة منها، وتفعيل مشاركة أصحاب ذوي الإعاقة في عام القراءة، لتحقيق هدف دمجهم في المجتمع.

جهود ومشاركات:

هناك الكثير من المؤسسات والجهات التي دعمت مبادرة «عام 2016.. عام القراءة» التي أطلقها صاحب السمو الشيخ خليفة بن زايد آل نهيان، رئيس الدولة "حفظه الله"، ومشروع «تحدي القراءة العربي»

الذي أطلقه صاحب السمو الشيخ محمد بن راشد آل مكتوم، نائب رئيس الدولة رئيس مجلس الوزراء حاكم دبي، "رعاه الله" كأكبر مشروع عربي لتشجيع القراءة لدى الطلاب في العالم العربي. وقد ركزت هنا على المؤسسات التي اهتمت بدعم القراءة للأشخاص ذوي الإعاقة، ومنها:

- دورة فن توليد الأفكار الإبداعية لذوي الإعاقة التي نظمتها شرطة دبي - الإدارة العامة للتدريب بالتعاون مع لجنة دبي للموارد البشرية للعسكريين وهيئة تنمية المجتمع بدبي، لأهميتها في تطوير قدرات ذوي الإعاقة العاملين في المؤسسات العسكرية في دبي وما تقدمه التكنولوجيا والتقنيات الحديثة المساعدة من تحسين للقدرات الوظيفية لفئات ذوي الإعاقة وتمكينهم من استخدام أقصى إمكانياتهم التي تجعل من المهام الوظيفية لذوي الإعاقة أكثر متعة وانطلاقة وإنتاجية والمساهمة في طرح الأفكار الإبداعية من أجل تطوير العمل في مختلف التخصصات الأمنية والشرطية.
- وزارة تنمية المجتمع، تطبيق خطة حديثة لتعليم القراءة لنحو 200 طالب مواطن معاق في مراكز المعاقين الحكومية للعام الدراسي 2016 - 2017، وذلك وفق أساليب تعليمية تربوية عصرية تراعي خصوصية وقدرات هذه الشريحة باتجاه تعزيز وتكريس دمجها في المجتمع.
- إدارة رعاية وتأهيل ذوي الإعاقة بوزارة تنمية المجتمع: حيث أشارت وفاء حمد بن سليمان مدير إدارة رعاية وتأهيل المعاقين إلى إن فريق عمل من 12 موظفاً من الوزارة عكفوا على تصميم وإعداد خطة جديدة تحت مسمى (من حقّي أقرأ)، مستنديين في ذلك إلى دراسات علمية عالمية. وأكدت على أن القيادة الرشيدة وضعت الأشخاص ذوي الإعاقة في مقدمة أولوياتها، ونوهت إلى أن المعاقين في الإمارات يحظون بكل الحقوق ضمن قانون عصري وحديث استمدت أحكامه من اتفاقية حقوق المعاقين وأن





والثقافة بين المواطنين والمقيمين، وإطلاق المبادرات ومنها مبادرة «عام 2016.. عام القراءة» التي أطلقها صاحب السمو الشيخ خليفة بن زايد آل نهيان، رئيس الدولة "حفظه الله"، ومشروع "تحدي القراءة العربي" الذي أطلقه صاحب السمو الشيخ محمد بن راشد آل مكتوم، نائب رئيس الدولة رئيس مجلس الوزراء حاكم دبي، "رعاه الله" كأكبر مشروع عربي لتشجيع القراءة لدى الطلاب في العالم العربي والذي يشارك فيه أكثر من مليون طالب. هذه الجهود والمبادرات الهادفة إلى ترسيخ ثقافة العلم والمعرفة، لها كبير الأثر نحو تنمية بشرية مستدامة لجميع أفراد المجتمع، وتلمست جهوداً واضحة نحو تنمية بشرية مستدامة لذوي الإعاقة، من خلال إكسابهم مختلف المعارف والثقافة والقيم والمهارات التي تؤهلهم للمشاركة الإيجابية الفاعلة في مختلف أنشطة المجتمع.

إن إكساب ذوي الإعاقة المهارات اللازمة له دور فاعل في التنمية البشرية المستدامة، حيث يمثلون ثروة بشرية تؤهلهم لأن يكونوا أشخاصاً فاعلين في تطور وازدهار ونمو المجتمع.

• معهد الأمل للصم بمدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، وضمن فعاليات مهرجان الشارقة القرائي تحت شعار (تعالوا نقرأ) نظم محاضرة لتعليم الطلاب المعاقين التمتع بالقراءة بعنوان: "أساليب مبدعة وجديدة لتعليم ذوي الإعاقة التمتع بالقراءة".

• مؤسسة الفجيرة للموارد الطبيعية، نظمت مبادرة للقراءة لفئة ذوي الإعاقة.

• نظمت مدينة الطفل، يوماً لذوي الإعاقة، رغبة في دمجهم في المجتمع، وزرع الثقة في نفوسهم، وذلك عبر تحفيزهم على المشاركة والتفاعل من خلال سلسلة من البرامج والفعاليات الترفيهية والتعليمية. وتحفيز المعاقين على بذل المزيد من الجهد لإثبات قدراتهم، من خلال عدد من الورش الفنية، التي انطلقت من وحي القراءة، حيث بدأ المعاقون المشاركون في التعبير عن مفهوم القراءة عبر لوحات فنية خطوها بأيديهم ورسموها وفق فكرهم ورؤيتهم.

إن جهود القيادة الرشيدة لدولة الإمارات العربية المتحدة، نحو نشر المعرفة

هذا القانون تضمن في مادته العشرين أن تتخذ الدولة التدابير اللازمة لتحقيق مشاركة المعاقين في الحياة الثقافية والرياضية والترفيهية، بما في ذلك توفير المواد الأدبية والثقافية لهم بجميع الأشكال الميسرة، بما فيها النصوص الإلكترونية ولغة الإشارة وطريقة برايل. (موقع وزارة تنمية المجتمع 24/4/2016).

• مركز مطبعة المكفوفين التابع لمؤسسة زايد العليا للرعاية الإنسانية وذوي الاحتياجات الخاصة، أعلن عن إطلاق الدورة التاسعة لمشروع القصة المقروءة بطريقة برايل على مستوى دول العالم والتي تقام للسنة التاسعة على التوالي تماشياً مع مبادرة عام "2016 عام القراءة".

• مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، نظمت مهرجان الكتاب المستعمل السادس تحت شعار /كنز المعرفة/ انسجاماً مع عام 2016 عاماً للقراءة، وشاركت أكثر من 80 مدرسة وجامعة ومؤسسة وعدد من المراكز والجهات بتبرعها القيم من كتب متنوعة في مختلف المجالات والاختصاصات.

دليل المعالجة الإعلامية الحقوقية لقضايا الأشخاص ذوي الإعاقة

انطون جرابسة - فلسطين

تم إعداد الدليل في الفترة الممتدة بين أشهر حزيران وأيلول 2014م ضمن مشروع الدمج الاقتصادي الاجتماعي في الشرق الأوسط والذي ينفذ بالشراكة مع إتحاد المقعدين اللبنانيين (LPHU) وبدعم من الإتحاد الأوروبي ومنظمة الإغاثة المسيحية

ماذا يقدم هذا الدليل؟

يُقدِّم هذا الدليل مجموعة من المعلومات والمفاهيم حول واقع وقضايا الأشخاص ذوي الإعاقة في فلسطين، كما يقدم رُزمةً من الرسائل والمبادئ المُراد ترويجها إعلامياً، وذلك لتفعيل استثمارها لدى دعم حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ومناصرتها.

هناك مجموعة من النصائح حول ماهية اللغة التي يجب استخدامها للتحدث إعلامياً عن الأشخاص ذوي الإعاقة، وذلك باعتبار اللغة هي القوة والسلطة في التأثير والقولبة للتوجهات والممارسات. كما يقدم

مجموعة من الإرشادات الفنية المتصلة بالأدوار المختلفة المتوّقع ممارستها من قِبل الإعلاميين ارتباطاً بحقوق ومصالح الأشخاص ذوي الإعاقة، ويتضمن الدليل نقداً لمجموعة مُنتقاة من الأعمال الإعلامية السابقة كآلية عملية لتوضيح التوجه الذي يصبو إليه.

ما هو الأساس لتقديم هذا الدليل؟

تغيير الواقع العام انطلاقاً من الدور والسلطة الفعّالة للإعلام في مواجهة الوصمة والأحكام المسبقة غير الصحيحة،

كما أن الإعلام هو الحليف الأقوى في سبيل تغيير المدارك ومكافحة التمييز السلبي ونشر الوعي المجتمعي الحقوقى ووضع القضايا على جدول أعمال صنّاع وأخذى القرار بقوة والضغط باتجاه إحراز التقدم المُراد بشأنها على كافة المستويات.

عند عرض هذا الدليل يتم الاستنادُ حصراً إلى المُقارَبات الاجتماعية والحقوقية التي تُقرُّ بالحقوق الكاملة للأشخاص ذوي الإعاقة دون فصلٍ أو تجزئة، كما نرتكز في العمل على عرض التحديات والحواجز البيئية المعمارية والتوجهات المجتمعية والنظم والسياسات والتشريعات

الضابطة لعمل المؤسسات الرسمية وغير الرسمية وأثر هذه المكونات الثلاثة على وصول الأشخاص ذوي الإعاقة للحقوق والخدمات والمشاركة في الحياة الاجتماعية.

وماذا بعد/ ما المطلوب ؟

تتجه كافة الجهود إلى تعزيز ادراك المهنيين الإعلاميين/ات أن قضايا الإعاقة هي قضايا حقوق إنسان بحتة، كما أن الأشخاص ذوي الإعاقة يشكلون جزءاً تكافلياً من منظومة المجتمع، وبالتالي يعتبر تمثيلهم وتبسيط الضوء على قضاياهم في وسائل الإعلام استحقاقاً حتمياً غير قابل للجدل.

أهمية الدليل

على مستوى السياسات والاستراتيجيات وخطط العمل الإعلامية: توحيد منهجيات وفلسفات وتوجهات المعالجة الإعلامية لقضايا الأشخاص ذوي الإعاقة، على نحو يجعل منها أكثر انسجاماً مع التوجه والمقاربة الحقوقية والتنمية للإعاقة.

أما على المستوى العملي: المساهمة في تطوير معارف ومهارات الكوادر العاملة في وسائل الإعلام المختلفة حول المقاربة الحقوقية في التعاطي مع قضايا الإعاقة والآليات الواجب استخدامها لترجمة هذه المقاربة في الأعمال الإعلامية ذات الصلة بقضايا وحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

وعلى المستوى الإجرائي: تقديم مجموعة من المقترحات والإرشادات حول الطرق والآليات الواجب استخدامها لدى عرض قضايا وتحديات الأشخاص ذوي الإعاقة في وسائل الإعلام.

وأخيراً: المساهمة في وضع قضايا وحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على سلم أولويات وسائل الإعلام المختلفة

إرشادات حول تطوير دور الإعلام في معالجة قضايا الإعاقة

في هذا القسم يتم عرض مجموعة من الإرشادات العملية والفنية التفصيلية الموجهة لجميع الأشخاص المهنيين الذين يعملون في وسائل الإعلام المختلفة، كما تهدف إلى النهوض بالواقع المعيشي والحقوق الفردي والمجتمعي لعدة شرائح من ضمنها الأشخاص ذوي الإعاقة وهي مؤرعة ومُصنّفة بحيث تشمل كل دور من الأدوار وسوف تساعد للمعالجة الإعلامية لمجموعة من القضايا الحقوقية والاجتماعية المختلفة لكافة الفئات واستثمارها بشكل حقيقي وفَعَال خُطوةً محوريةً في عملية تطوير وتفعيل الأدوار والمسؤوليات المتصلة بقطاع الإعلام.

باختصار هناك العديد من القضايا والظروف المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة والعديد من الانتهاكات التي تُمارس ضدهم على أساس الإعاقة/الصعوبة والتي تتطلب استحداث وتفعيل أدوار وآليات عديدة لدى الكثير من المؤسسات والجهات.

وارتباطاً بهدف الدليل سوف يتم تخصيص الأدوار التي يتوجب على وسائل الإعلام تبنيها وترجمتها للحد من هذه التحديات والانتهاكات، ففي هذا الدليل يتم تقديم مجموعة من الإرشادات حول الدور المُتَوَقَّع من الإعلاميين ووسائل الإعلام المختلفة اتصالاً بالرصد والاستقصاء والمتابعة.

الإرشادات التي تُساهم في تحقيق المعالجة الإعلامية المُستندة إلى المقاربة والمنظور الحقوقي للإعاقة والمنهجية الشمولية:

1. الأشخاص ذوو الإعاقة هم مواطنون من الدرجة الأولى شأنهم شأن غيرهم من المواطنين فلا يجب تصوير الأشخاص ذوي الإعاقة كأبطال أو مستضعفين فهم أشخاص لديهم قدرات مختلفة كباقي أفراد المجتمع.

2. لا يجب تقرير أولويات الأشخاص ذوي الإعاقة دون مشاركتهم الحقيقية والمشاهد المُصوّرة نُضاهي ملايين الكلمات.

3. الأشخاص ذوو الإعاقة لديهم اهتمامات ومساهمات مختلفة كثيرة فيجب تجنب ربط قضايا الأشخاص ذوي الإعاقة باستدراج الدعم والمساعدة من أفراد المجتمع انما يجب المساهمة في تقليص الفجوات المختلفة الكائنة ما بين أفراد المجتمع.

4. الإعاقة قضية عامة وليست متصلة حصراً بقطاع بعينه، المؤثرات الصوتية غير المناسبة بحد ذاتها رسالة سلبية تتعارض مع التوجه الحقوقي للإعاقة.

مجموعة من المحاذير التي يتوجب أخذها بعين الاعتبار عند تصوير الأشخاص ذوي الإعاقة والتي تلخص بالتالية:

1. يحذر التقاط وبث الصور التي تنتهك حرمة الأفراد وتتجاهل خصوصيتهم الفردية وتُسيء لكرامتهم وكيونهم الإنسانية.

2. عدم التركيز في التقاط الصور على المناطق التي تدل على وجود إعاقة/صعوبة لدى الأفراد، هذه الصعوبة لا يجدر بأن تُعرض على أنها الإشكالية أو التحدي أو النجاح الذي يعيشه الشخص.

3. يُفضّل تجنّب التقاط الصور المُبتذلة والمُستنزفة، كأن نُصوّر شخصاً ذي إعاقة يمشي في الشارع مستخدماً العصا البيضاء، أو كأن نُصوّر أخرى وهي تصنع القهوة، يجدر الحرص على انسجام الصورة مع الرسالة التي نطمح إلى إيصالها وترسيخها في أذهان العامة، هؤلاء الأشخاص عظام فقط لكونهم يسرون في الشارع أو يصنعون القهوة.

4. يُحذّر التعمّد في التقاط وانتقاء الصور التي تُركّز على العيون الدامعة، لأن مثل هذه الصور تُساهم في تعزيز عملية ربط الإعاقة بالمساوية.

اليوم العالمي للأشخاص ذوي الإعاقة



د.موسى شرف الدين - لبنان

جمعية أصدقاء المعاقين

الإتحاد الوطني للإعاقة العقلية

إن إحياء اليوم العالمي للأشخاص ذوي الإعاقة يحمل في طياته إرساء المسارات الفاعلة نحو انجاز أهداف التنمية المستدام لعام 2030 والتي تحتوي على كافة الحقوق التي كانت قد وردت في نصوص الإتفاقية الدولية حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. إذ أن أهداف الألفية للتنمية والتي لم تنجز في العام 2015، لم تتناول التحديات التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة حول العالم.

وكانت منظمة العمل الدولية قد أطلقت توصية إعتماد أراضيات الحماية الإجتماعية والتي تلامس معظم الحقوق الحياتية، وضمان جملة من الإجراءات التي تندرج في تشريعات الدول الملزمة.

الهدف الثالث:

الصحة الجيدة والرفاه، ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار.

إن ضمان الحياة الصحية وتشجيع الرفاه للأشخاص ذوي الإعاقة بات عنصراً لا بد منه في التنمية المستدامة.

الدولية نحو حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

وبمراجعة سريعة لتلك الأهداف نجد أن من أهم بنودها القضاء على الفقر والمجاعة (والأشخاص ذوي الإعاقة) من أفقر الفقراء ومن الأهداف.

وقد أطلقت الأمم المتحدة أجندة التنمية المستدامة الـ 17 هدفا داعية المجتمع لدولي العمل على بلوغها في العام 2030 شاملة في تفصيلها العديد من المعايير والمؤشرات التي تضمن بلوغ تلك الأهداف متضمنة جملة أراضيات الحماية الإجتماعية وبنود الإتفاقية



وتحقق تقدم جوهري في زيادة إمكانية الحصول على رعاية صحية ملائمة.

الهدف الرابع:

التعليم الجيد، ضمان التعليم الجيد المنصف والشامل للجميع وتعزيز فرص التعلم مدى الحياة للجميع.

يشكل الحصول على تعليم جيد الأساس الذي يركز عليه تحسين حياة الأشخاص ذوي الإعاقة وبه تتحقق التنمية المستدامة. وقد أحرز تقدم جوهري صوب زيادة إمكانية الحصول على التعليم بكل مراحله، وزيادة معدلات الالتحاق بالدراسة خصوصاً بالنسبة للنساء والفتيات، إلا أن ثمة حاجة إلى بذل جهود أكثر جسارة كفيلة بتحقيق قفزات في إنجاز الأهداف العالمية المحددة للتعليم.

الهدف الثامن:

العمل اللائق ونمو الإقتصاد، تعزيز النمو الاقتصادي المطرد والشامل للجميع والمستدام، والعمالة الكاملة والمنتجة، وتوفير العمل اللائق للجميع يؤدي التقدم البطيء وغير المتكافئ في إتاحة فرص العمل للأشخاص ذوي الإعاقة إلى معاودة التفكير فيما ننتجه من سياسات اقتصادية واجتماعية إزاء توفير العمل اللائق للجميع، مع الاستعانة بأدوات جديدة في هذا المضمار.

إن استمرار انعدام فرص العمل اللائق، وعدم كفاية الاستثمارات، وقلة الاستهلاك يفضي إلى تضائل العقد الاجتماعي الأساسي الذي تركز عليه المجتمعات المتحضرة وهو: اقتضاء مشاركة الجميع في التقدم. وستظل تهيئة فرص العمل الجيد تحدياً من

فالمدن مكّنت الناس، في أفضل حالاتها، من التقدم اجتماعياً واقتصادياً. بيد أن ثمة تحديات كثيرة تقف في طريق صيانة المدن على نحو مستمر معه إيجاد فرص عمل وتحقيق الرخاء مع عدم إجهاد الأرض والموارد. وتشمل التحديات المشتركة المتعلقة بالمدن عدم تحقيق الوصول الشامل وتهيئة البيئة العمرانية للأشخاص ذوي الإعاقة، وعدم توافر أموال لتقديم الخدمات الأساسية لهم، ومشاريع البنية التحتية الملحة.

الهدف السابع عشر:

عقد الشراكات لتحقيق الأهداف تعزيز وسائل التنفيذ وتنشيط الشراكة العالمية من أجل التنمية المستدامة. يتطلب تحقيق أهداف التنمية المستدامة عقد الشراكات المتعددة بين مؤسسات المجتمع المدني على اختلافها، والكفيلة بضمان آلية التنفيذ والاستدامة، كما يتطلب جدول تنمية مستدامة قائم على شراكات بين الحكومة والقطاع الخاص والمجتمع المدني. وهذه الشراكات الشاملة تُبنى على قواعد وقيم ورؤية مشتركة وأهداف مشتركة تضع الأشخاص ذوي الإعاقة في قلب من هذه الجهود.

التحديات الرئيسة التي ستواجهها الاقتصادات العالمية جميعاً تقريباً فيما بعد عام 2015.

الهدف التاسع:

الصناعة والابتكار والهياكل الأساسية، إقامة بنى تحتية قادرة على الصمود، وتحفيز التصنيع الشامل للجميع والمستدام.

الهدف العاشر:

الحد من أوجه عدم المساواة فقد خطى المجتمع الدولي خطوات واسعة صوب الحد من انعدام المساواة بين الأشخاص العاديين والأشخاص ذوي الإعاقة. بيد أن التباين لا يزال متواصلاً، حيث هناك تباينات واسعة في إمكانية الحصول على الخدمات التعليمية والوظيفية وغير ذلك من الأصول الإنتاجية

الهدف الحادي عشر:

مدن ومجتمعات محلية مستدامة جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع وأمنة وقادرة على الصمود ومستدامة إن المدن هي مراكز الأفكار والتجارة والثقافة والعلم والإنتاجية والتنمية الاجتماعية وما هو أكثر من ذلك بكثير.



معايير الجودة لخدمات التدخل المبكر

حرصت إدارة رعاية وتأهيل ذوي الإعاقة في وزارة تنمية المجتمع على اتباع أفضل معايير الجودة العالمية خلال تقديمها لخدمات ذوي الإعاقة، وانسجماً مع هذا التوجه، استكملت الإدارة معايير الجودة لخدمات التدخل المبكر، إدراكاً منها لأهمية برامج التدخل المبكر في تحسين نمو وتطور الأطفال من الولادة وحتى دخول المدرسة الذين لديهم، أو الذين يعدّون معرضين لخطر التأخر في النمو أو الإعاقة. ولتحقيق هذا الهدف، تشمل برامج التدخل المبكر خدمات وعناصر وقائية وعلاجية متنوعة منها: العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، والعلاج النطقي، والدعم الأسري، والخدمات التعليمية والنفسية. وتقدم خدمات التدخل المبكر في أوضاع مختلفة مثل المنازل، ومراكز التدخل المبكر المتخصصة، ومراكز رعاية الأطفال، ورياض الأطفال.

وقد أصبحت معايير الجودة ومؤشراتها وثقافتها قضية تلقى اهتماماً متزايداً في ميادين الخدمات الإنسانية والاجتماعية بما فيها خدمات التربية الخاصة للأشخاص ذوي الإعاقة من مختلف الفئات العمرية بعد أن كانت فيما مضى ترتبط بعالم التجارة والصناعة على وجه التحديد. ففي عالم اليوم، يتم التأكيد على أن الحصول على خدمات نوعية حق لجميع المواطنين سواء كانت تلك الخدمات صحية أو تعليمية أو إنسانية وسواء كانت تلك الخدمات مقدمة من السلطات الحكومية أو تخضع لقوانينها ولوائحها.

إن إنشاء برامج تدخل مبكر نوعية وتقديم تربية خاصة فعالة للأطفال ذوي الإعاقة في سن ما قبل المدرسة عملية معقدة وتتطلب بذل جهود متواصلة من الجهات الوطنية التي تشرف على هذه البرامج ومقدميها سواء بسواء. ويمكن القول بأن برامج التدخل المبكر ذات الجودة العالية هي البرامج التي تتبنى تنفيذ أفضل الممارسات (الممارسات المدعومة بنتائج البحوث العلمية) والتي يتمخض عنها مخرجات إيجابية بالنسبة لكل من الأطفال وأسرها.

التغيير في برامج التدخل المبكر وكذلك تفعيل برامج التدريب وتشجيع البحوث ذات العلاقة.

- تمكين الأسر من إدراك ووعي مواصفات برامج التدخل المبكر الفعالة وتيسير مشاركتها في العمليات الأساسية التي تتضمنها هذه البرامج.

وتم تطوير معايير الجودة هذه لتكون دليلاً لإدارة رعاية وتأهيل المعاقين في وزارة تنمية المجتمع في دولة الإمارات العربية المتحدة في تحقيق رؤيتها في تطوير خدمات التربية الخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة أو ما يعرف بخدمات التدخل المبكر. وقد وضعت هذه المعايير استناداً إلى نتائج البحوث العلمية والخبرات العملية للمؤسسات والمراكز التي تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال وأسرهم في عدد من الدول المتقدمة على مدار العقود الماضية. ومن ثم تم جمع هذه المعايير في أداة واحدة لرصد وتقييم جودة خدمات التدخل المبكر، وكما يبين الجدول أدناه، فإن الأداة تتألف من 162 مؤشراً تغطي 24 معياراً للجودة موزعة على ثماني مراحل.

عدد المؤشرات	عدد المعايير	المحور
8	1	المحور الأول: رؤية التدخل المبكر، ورسالته، وأهدافه
8	1	المحور الثاني: سياسات التدخل المبكر
30	5	المحور الثالث: إدارة التدخل المبكر
13	2	المحور الرابع: كوادرات التدخل المبكر
16	4	المحور الخامس: الأسر
29	6	المحور السادس: الخطة الفردية لخدمة الأسرة
34	6	المحور السابع: الإحالة والكشف والتقييم
24	4	المحور الثامن: تقديم خدمات التدخل المبكر
162	29	8

- 5 درجات (إذا كانت الخدمة أعلى بكثير من المعيار)،
- 4 درجات (إذا كانت الخدمة أعلى من المعيار)،
- 3 درجات (إذا كانت الخدمة على المعيار)،
- درجتان (إذا كانت الخدمة أقل من المعيار)،
- درجة واحدة (إذا كانت الخدمة أقل بكثير من المعيار)،
- لا تنطبق (أي أن الفقرة ليست ذات علاقة بالمؤسسة).

وبناء على استمارة التقييم المستندة إلى هذه المعايير، يمكن لإدارة رعاية وتأهيل ذوي الإعاقة أو أية جهة معنية بتقديم ومتابعة خدمات التدخل المبكر، من تطبيق هذه الاستمارة، وبالتالي التحقق من مدى مطابقة الخدمات المقدمة لمعايير الجودة العالمية، وتحديد جوانب القوة، وجوانب التحسين والتطوير لهذه البرامج والخدمات.

فالسجلات الحكومية تريد أن تنظم العمل في الميدان وتريد أن تتأكد من أن الخدمات التي يتم تقديمها للمواطنين والمقيمين خدمات ذات فائدة حقيقية للمنتفعين منها ومن مسؤولياتها أن تتحقق من أن القوانين والأنظمة النافذة يتم احترامها وتطبيقها بشكل فعال. ومن جهة أخرى فإن متلقي الخدمات وأسرهم بحاجة لما يطمئنهم أن الخدمات التي يتلقونها خدمات ذات جودة وتلبي احتياجاتهم ومقدمو الخدمات هم أيضاً بحاجة لأن يتم الاعتراف بعملهم وبرامجهم.

وقد حدثت تغيرات ملحوظة في استجابة المجتمعات الإنسانية للأطفال الذين لديهم إعاقات أو تأخر أو مشاكل في النمو. فثمة قوانين حالياً تحمي حقوق هؤلاء الأطفال وأسرهم وتكفل تقديم خدمات متخصصة تلبي احتياجاتهم وتوفر لهم فرصاً للتطور والنمو في بيئات متفهمة ودامجة. كما أن البحوث العلمية في العقود الأربعة الماضية أسهمت في توضيح خصائص برامج وخدمات التدخل المبكر الفعالة وذات التأثير الإيجابي على هؤلاء الأطفال وأسرهم.

في ضوء ما سبق، فإن هذا الدليل يقدم معايير ومؤشرات الجودة لخدمات التدخل المبكر للأطفال في السنوات الست الأولى من أعمارهم الذين لديهم إعاقة ما أو تأخر في النمو أو الذين يعدّون معرضين لخطر الإعاقة أو التأخر لأسباب بيولوجية أو بيئية. والمعايير والمؤشرات التي يقدمها هذا الدليل تشكل أداة قياس تسمح بتقييم الجوانب الكمية والنوعية للخدمات المقدمة للأطفال وأسرهم من جهة، وتقييم عناصر هذه الخدمات وإدارتها من جهة أخرى. ومن شأن هذا الدليل بما يشمله من معايير ومؤشرات أن يسمح بتحديد المشكلات أو جوانب الضعف وإدخال التعديلات اللازمة في عملية التدخل المبكر بهدف العمل على تحسين جودتها بشكل مستمر.

ويهدف دليل معايير جودة برامج وخدمات التدخل المبكر هذا إلى توفير أداة تقييمية مرجعية لنشر ثقافة الجودة في مجال التربية الخاصة في الطفولة المبكرة ويمكن توظيفها كموجه في عمليات التقييم الخارجي والتقييم الذاتي سواء بسواء. ومن خلال هذه المعايير يمكن للدليل أن يخدم جملة من الأهداف منها:

- نشر ثقافة معايير الجودة في برامج التدخل المبكر وبالتالي توضيح أفضل الممارسات المهنية المعاصرة المستندة إلى نتائج البحوث العلمية في هذا المجال.
- توفير أداة لتقييم إجراءات ومخرجات برامج التدخل المبكر على مستوى كل من الأطفال وأسرهم.
- تعريف العاملين في مجال التدخل المبكر باستراتيجيات إدارة وتنظيم الخدمات والبرامج في هذا المجال الذي تزداد أهميته باستمرار.
- توفير محكات تضمن حصول الأطفال المستهدفين على خدمات ذات نوعية جيدة.
- توفير وثيقة علمية تعمل بمثابة مرجعية مفيدة لإحداث

Objective 2: To promote signature, ratification, implementation, and monitoring of the UNCRPD and Optional Protocol in all countries, particularly where RI members are present, through advocacy, expert advice and capacity building initiatives.

Objective 3: To improve universal accessibility to information, assistive technology, transport and the built environment, through partnerships, expert advice and collaboration.

Objective 4: To promote and monitor the use of the findings in the World Report on Disability as an important document for enabling implementation of the UNCRPD and Optional Protocol around the world.

Objective 5: To advocate for resources to build capacity for the effective monitoring and evaluate implementation of the UNCRPD in all countries.

Objective 6: To support human rights protection projects where appropriate.

FOCUS 3: Poverty Alleviation & Inclusive and safe development

Objective 1: To raise awareness on the link between poverty alleviation and inclusive development through empowerment, advocacy, training and partnerships.

Objective 2: To promote education, skills development, and employment opportunities including access to mainstream funding, especially for marginalized groups within the disability sector. Such as the children with disabilities and the women with disabilities.

Objective 3: To advocate for the expansion and enforcement of disability targets in the 2030 Agenda for Sustainable Development and to monitor their implementation.

Objective 4: To advocate the role of habilitation/rehabilitation in decreasing differences in health and disability.

Objective 5: To advocate for resource allocation in the area of dis-



ability in any grants for poverty reduction from developed to developing countries.

Objective 6: To support poverty alleviation and inclusive development projects where appropriate.

FOCUS 4: Stronger RI network

Objective 1: To develop an effective and accessible communication and information system.

Objective 2: To have “products” from all Commissions which RI Global can use to promote the value of RI membership and mobilize resources for the organization, including one annual cross-commission theme.

Objective 3: To strengthen the financial stability and accountability with a diversified and wider funding base. Approach new donors within the framework of this Strategic Plan.

Objective 4: To review the governance and management structure for greater efficiencies and the best use of skills and resources.

Objective 5: To extend and make full use of the Africa Fund and encourage engaged African Parties.

Objective 6: To find more channels of fund raising for the work of the committees

Objective 7: To mark the RI centennial with various activities from 2018-2022

Focus 5: RI Leadership

As an international NGO with almost 100 years, RI always played a leading role in world disability affairs. We should continue to make full use of the resources and expertise of RI for the coming years and strengthen RI’s leadership at national, regional and global level.

Objective 1: To sustain and grow RI membership through regional network and more focused outreach and stronger marketing of the value and benefits of RI membership

Objective 2: To strengthen partnerships with all stakeholders regional network and in disability fields, especially the United Nations.

Objective 3: To extend involvement in the work of international agencies, such as WHO, UNESCO, ISSAR and etc.

Objective 4: To strengthen RI leadership in rehabilitation.

Conclusion:

This Strategic Plan will reinforce RI’ leadership through its continued focus on habilitation/rehabilitation, human rights protection & poverty alleviation to realize equal access to inclusive development for persons with disabilities all over the world.

Rehabilitation International Strategic Plan 2017-2021

Since 1922, Rehabilitation International (RI) has shown that this organization is a forum for all stakeholders in rehabilitation and is a frontrunner within this field. This Strategic Plan builds on this important history to ensure that RI continues to play a leadership role in promoting the rights and inclusion of persons with disabilities worldwide. Integral to its success is the establishment of partnerships with organisations and individuals that will achieve the vision and mission of RI as outlined below,

All RI members promote the key role of RI Global in developing the potential of habilitation/rehabilitation as stated in the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UNCRPD) in every nation and globally.

It is similarly important for RI to be actively engaged and involved in the work related to the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development (SDG) adopted by the United Nations in September 2015, UN-Habitat III New Urban Agenda, SDG Goal 11, Disability-Inclusive Disaster Risk Reduction (DiDRR) Sendai Framework and the goals that are closely related to persons with disabilities.

All following focus points must concentrate on habilitation/rehabilitation according to Article 26 of the UNCRPD. This strategic plan will assist RI to focus its activities and effectively mobilize resources within the Regions and across the Commissions. Further this plan will assist with identifying funding sources, projects and potential project partners.



FOCUS 1: Habilitation/ Rehabilitation

It is very important that RI continues its strong focus on habilitation/rehabilitation both nationally and globally. Everyone should have the right to a holistic habilitation/rehabilitation program, when needed. Habilitation/rehabilitation focuses on persons and their support network and takes into consideration physical, psychological, and social needs to promote best quality habilitation/rehabilitation. As a direct outcome of habilitation/rehabilitation, RI will focus on inclusive education, accessibility, and open employment as important goals in achieving inclusion for people with disabilities.

Objective 1: To work closely with all stakeholders to promote holistic habilitation/rehabilitation on an international level including collaboration with NGOs and UN agencies.

Objective 2: To promote collaboration between various ministries and Non-Government Organizations to have habilitation/rehabilitation recognized as an important national investment strategy. RI will be a front-runner both internationally and in the national level.

Objective 3: To promote development, revision, and the use of a variety of UN tools including the WHO Action Plan for Better Health for PWDs for 2014-2021, The World Report in Disability, WHO-CBR

Guidelines published in 2010, ICF, Guidelines on Assistive Devices and other important UN tools.

Objective 4: To develop best practice guidelines in education and employment including transition from school to work.

Objective 5: To carry out systematic scientific research on habilitation/rehabilitation, especially in areas in need of further study, such as spinal injury, autism and etc.

Objective 6: To support habilitation/rehabilitation projects where appropriate.

FOCUS 2: Human Rights Protection

RI will continue to raise awareness on the UNCRPD and Optional Protocol through information resources (publications, website, fact sheets, etc.) and capacity-building programs and seminars.

Objective 1: To raise awareness of disability rights and the human rights-based approach to disability through information materials in accessible formats and capacity building programs.

متلازمة وليامز

زينب حموش أخصائية خدمات الأسرة
مركز التدخل المبكر - دبي - الإمارات العربية المتحدة

وصفت متلازمة وليامز بمظهر جسدي وسمات شخصية ومعرفية مميزة، مترافقة مع مشكلات طبية مرتبطة بوظيفة كل من القلب، الجهاز الهضمي، الجهاز العضلي الهيكلي، الجهاز البصري. وقد كان الطبيب النيوزلندي وليامز أول من وصف هذه المتلازمة في أوائل 1960 مع مجموعة من الأطباء من نيوزلندا (Williams, Barrett, Bayes, and Lowe) وفريق من الأطباء الألمان بقيادة طبيب القلب A.J.Beuren .

وفي عام 1993 تناولت مجموعات عديدة من الأطباء الجينات المتضمنة في متلازمة وليامز، وهي ترتبط بحذف ما يقارب من ثمانية وعشرون جيناً من الجينات المحمولة على الكروموسوم 7q11.23 ، أحد هذه الجينات هو جين الإيلاستين (Elastine gene)، المسؤول عن وظيفة النسيج الضام، وكما هو معتقد فإن جين الإيلاستين مسؤول عن بعض أمراض الأوعية الدموية التي تلاحظ عامة عند الأفراد من ذوي متلازمة وليامز، بالإضافة إلى تشوهات المفاصل، والمظهر المميز.

المظاهر السريرية :Clinical Features

ترتبط متلازمة وليامز بمظهر جسدي مميز، والذي يكون أكثر وضوحاً في السمات الوجهية. حيث يتسم الأطفال من ذوي متلازمة وليامز عادة بأنف قصير مقلوب مع جسر أنف مسطح، ويكون الفم بارزاً وشحمة الأذن بارزة، وتكون الخدود

ممتلئة والجيئة عريضة، كما يتميزون بعيون منتفخة، وتكون الأسنان صغيرة ومتباعدة وعندما يكبرون تصبح وجوههم أضيق، وتبدأ الأسنان بالتجمع ويصبح الأنف مدور.

يتميز الأفراد من متلازمة وليامز بحدة السمع وحساسية شديدة للأصوات اليومية، وقد وجدت هذه السمة عند

حوالي (50 – 90 %) من الأفراد. يرتبط بهذه لسمة وجود رهاب الصوت (خوف شديد من الضوضاء) يظهر سلوكياً بتغطية الأذن عندما يواجه الطفل بأصوات مزعجة كصوت المكينة الكهربائية، أو صفارة سيارة الإسعاف. كذلك تتميز المتلازمة بوجود مشكلات بصرية مترافقة أهمها الحول، طول النظر حيث ينتشر



تتراوح نسبة الذكاء لدى الأفراد الذين لديهم متلازمة وليامز بين (40 - 100)، ويلاحظ فرق بين درجات الذكاء اللفظية والعملية حيث تميل درجات الذكاء اللفظية لكونها أعلى من درجات الذكاء العملية.

الوجه والحس الموسيقي (musicality)، يترافق الاهتمام بالوجوه مع الكفاءة في تذكر وتمييز الوجوه. وعلى الرغم من أن الحس الموسيقي وصف كسمة للأفراد من متلازمة وليامز إلا أن الأدلة متعارضة حول درجة المهارة الموسيقية والموهبة معهم.

نقاط الضعف المعرفية (Cognitive weaknesses):

بالرغم من قوة الجانب اللفظي عند الأفراد من متلازمة وليامز، إلا أنهم يواجهون صعوبة في جوانب محددة تتضمن اللغة، على سبيل المثال يواجه الأفراد صعوبة في مهمات إيجاد الكلمة، وفي المهمات التي تتطلب المعالجة المكانية- البصرية (Visual – spatial processing) والمنطق (reasoning)

بالنظر إلى الطبيعة الاجتماعية للأفراد من متلازمة وليامز، فإنه من المفاجيء وجود ضعف في الجوانب العملية للغة لديهم (the pragmatic aspects of language)، حيث أشارت العديد من التقارير إلى انخراط

الحياة اليومية للأفراد من متلازمة وليامز. نسبة الذكاء: تتراوح نسبة الذكاء لدى الأفراد الذين لديهم متلازمة وليامز بين (40 - 100)، ويلاحظ فرق بين درجات الذكاء اللفظية والعملية حيث تميل درجات الذكاء اللفظية لكونها أعلى من درجات الذكاء العملية.

نقاط القوة المعرفية (Cognitive strengths):

تتطور اللغة عند الأطفال من متلازمة وليامز بشكل طبيعي، وهي تعتبر نقطة قوة بالنسبة لهم وبشكل خاص المفردات التعبيرية والكلام. وجدت بعض الدراسات أن الأفراد من متلازمة وليامز يظهرون مهارات جيدة في إيقاع الكلام (prosody)، إثراء الحوار والسرد، الاستخدام المتكرر للنغمة المؤثرة. كما تعتبر الذاكرة السمعية قصيرة المدى نقطة قوة أخرى، بمافها القدرة على استدعاء الكلمات والعبارات. ومن الجوانب الأخرى التي تعتبر نقاط قوة بالنسبة للأفراد من متلازمة وليامز هي مهارات التعرف على

عند حوالي (25 - 50 %) من الأفراد، وما نسبته (75 %) من الأفراد لديهم قزحية نجمية.

يعتقد أن جين الإيلاستين مسؤول عن عدد من الأمراض القلبية المرتبطة بمتلازمة وليامز، ومن هذه الأمراض تضيق فوق الصمام الأهرى (SVAS) والذي يؤدي إلى خفض جريان الدم، وهو أحد الأمراض التي تحدث عند (60 %) من الأفراد من متلازمة وليامز. في الواقع، فإن المشكلات القلبية لبعض الأفراد من ذوي متلازمة وليامز خطيرة جداً حيث أنها مسؤولة عن نسبة لا يستهان بها من خطر الوفاة المرتبط بهذا الاضطراب.

ترتبط المتلازمة أيضاً ب فشل في الوظائف الكلوية والهضمية، حيث يلاحظ عند الأطفال الصغار عادة صعوبات التغذية والمغص، بالإضافة إلى الإقياء والارتجاع (reflux)، كما يلاحظ وجود مستويات مرتفعة من الكالسيوم في الدم، والتي وصفت في البداية " فرط كالسيوم الدم عند الأطفال مجهول السبب مع فشل في التحسن"، أما البالغون فيعانون من الإمساك المزمن، وقرحة المعدة، بالإضافة إلى مشكلات معوية أخرى كالانسدادات المعوية. ويعاني المصابون أيضاً من تشوهات عظمية وعضلية، على سبيل المثال: 50 % من الأفراد من ذوي متلازمة وليامز هم قصيرو القامة، ويعاني العديد من الأفراد من الجنف وتشوهات المفاصل مثل تحدد وارتخاء المفاصل (hyperextension and contractures).

قد تكون التشوهات في وظيفة المفاصل مسؤولة عن صعوبات التنسيق الحركي للمهارات الحركية الكبيرة والدقيقة الذي يلاحظ في هذا الاضطراب، كما أن نقص توتر العضلات (decreased muscle tone) قد يكون مسؤولاً عن التأخر في المشي عند الأطفال الذين لديهم متلازمة وليامز. على أي حال فإن توتر العضلات يميل للتحسن مع التقدم في العمر. إن التشوهات العضلية والعظمية وضعف الوظيفة الحركية المرتبط بها قد يكون له تأثيراً عميقاً على

وتعتبر مهارات الحساب والرياضيات هي تحد آخر يواجه الأفراد من ذوي متلازمة وليامز. يتحكم الفص الجداري في الدماغ بالمهارات الرياضية، والمعالجة المكانية-البصرية، والمهارات الحركية، ويعتبر الفص الجداري منطقة غير متطورة وغير نشطة عند الأفراد من متلازمة وليامز، ويظهر القصور الرياضي في الحكم على المفاهيم الأساسية للكمية والحجم، كما يوجد قصور في التقدير البصري للحجم، إلا أنه لا يزال بالإمكان غالباً اكتساب الحقائق الحسابية التي تعتمد على المهارات اللفظية.

قضايا الصحة النفسية (Mental health issues):

يميل الأشخاص من متلازمة وليامز إلى معالجة الانفعالات بشكل جيد، وبالرغم من نقطة القوة هذه إلا أنهم يوصفون بكونهم غير مستقرين عاطفياً، ويمكن أن يتأرجحوا بسهولة من الشعور الإيجابي إلى السلبي. وترتبط نقاط القوة لدى الأفراد من متلازمة وليامز التي ذكرت سابقاً (المعالجة الوجيهة، القدرات اللفظية، نظرية العقل) بقوة بالمعالجة الانفعالية.

eye fixation ، أن التحديات المكانية – البصرية تنبثق من صعوبات التخطيط الحركي، أكثر من كونها ناتجة عن الإدراك. وقد استخدمت دراسة أخرى تكنولوجيا التتبع البصري، ومهمات الصورة لإظهار أن الأفراد من متلازمة وليامز يمشون وقتاً أطول في النظر إلى الوجوه عند مقارنتهم مع الأفراد الذين ليس لديهم متلازمة وليامز. وتظهر الصعوبة في البناء المكاني - البصري بشكل خاص في بناء الأنماط والرسم، فقد وجد بعض الباحثين أن اليافعين ذوي متلازمة وليامز لم ينجحوا في نسخ أنماط بسيطة، كما أنهم يميلون للاهتمام بأجزاء العنصر مقابل العنصر كوحدة متكاملة عند إعطائهم مهمات رسم. على كل حال فإن القدرة على رسم عنصر ككل متكامل تظهر لاحقاً حتى لو تأخرت نسبياً.

الأفراد من متلازمة وليامز في سلوكيات متكررة من البحث عن الاهتمام (مثل المبالغة في التحية والإطراء، توجيه نفس السؤال بشكل متكرر). ويمكن كذلك ملاحظة صعوبات كبيرة في الجانب غير اللفظي، مثل صعوبات الأداء الحركي-الحسي، والمكاني – البصري، مع ضعف خاص في البناء المكاني-البصري، وتظهر هذه الصعوبات بشكل خاص في التكامل الجزئي – الكلي والتخطيط الإدراكي، والقدرات الحركية الدقيقة.

لاحظ بعض الباحثين أن القصور المكاني-البصري كان أقل ظهوراً عند رسم الوجوه، وأن الحفاظ على هذه المهارة قد يكون متعلقاً بقدراتهم الاجتماعية، وتبين أنه بناء على دليل تثبت النظر (التحديق)

تجدر الإشارة إلى المخاوف النفسية التي يعاني منها الأشخاص من متلازمة وليامز كالمستويات العالية من القلق والخوف. حيث وصف الأشخاص من متلازمة وليامز كونهم أكثر قلقاً وتشتتاً ومفرطي النشاط مقارنة بأقرانهم من نفس العمر الزمني والعقلي.





فبناء على اهتمامهم الشديد بالوجوه، فهم مستعدون لتمييز التعبيرات الانفعالية للآخرين، ويكونون عرضة للوقوع بسهولة تحت تأثير انفعالات الآخرين. وهناك مدى واسع من الاستجابات الانفعالية للموسيقى عند الأفراد من WS حيث أقر العديد منهم أن الموسيقى قد تجعلهم يشعرون بالحزن. إن هذا الاهتمام المتزايد بالموسيقى لديهم بالإضافة إلى حساسيتهم للمحتوى العاطفي للموسيقى يشكل خياراً للعلاج والتكيفات المحتملة.

تجدر الإشارة إلى المخاوف النفسية التي يعاني منها الأشخاص من متلازمة وليامز كالمستويات العالية من القلق والخوف. حيث وصف الأشخاص من متلازمة وليامز كونهم أكثر قلقاً وتشتتاً ومفرطي النشاط مقارنة بأقرانهم من نفس العمر الزمني والعقلي. وخلال مراحل الحياة، هناك ما يقدر بـ 50 % من الأشخاص الذين لديهم متلازمة وليامز يحققون معايير الدليل التشخيصي الرابع للفوبيا (DSM - IV). وتتضمن بعض المخاوف الأكثر شيوعاً، الخوف من كونهم موضع سخرية، الخوف من الرفض، الخوف من المرض، والخوف من الأصوات العالية، والتوبيخ.

عوامل أخرى: الوظيفة الاجتماعية (social function):

إن فـرط النشاط الاجتماعي (Hypersociality) هي سمة مميزة للأفراد من متلازمة وليامز الذين وصفوا كأشخاص مهذبين، منفتحين، سعداء، لطفاء. وقد أشار بعض أولياء أمورهم إلى وجود مستويات عالية من التعاطف لدى أطفالهم مقارنة بأولياء أمور الأطفال ذوي النمو الطبيعي. يميل الأطفال من ذوي متلازمة وليامز للاقتراب من الوجوه غير المألوفة بالنسبة لهم أكثر من أقرانهم في المجموعة الضابطة، كما أظهرت دراسات أخرى أن الأطفال الرضع من متلازمة وليامز يحدقون بشدة في الغرباء كما يفعلون مع أمهاتهم. وقد قارن جونز وآخرون (Jones, et al., 2000) السلوك الاجتماعي للأطفال من متلازمة وليامز،

منهم يفتقدون للضوابط الاجتماعية (socially disinhibited)، وهذه السمات تجعلهم عرضة للاستغلال الجنسي، والجسدي، والمالي.

المرجع:

Geiffiths, D. and Condillac, A. R. and Legree, M. (2014) Genetic syndromes and Applied Behavior Analysis, Jessica Kingsley Publishers.

متلازمة داون، والأطفال ذوي اضطراب التوحد، والأطفال ذوي النمو الطبيعي، باستخدام التقارير الوالدية، ووجد أن الأطفال من متلازمة وليامز قد حصلوا على درجات أعلى من باقي الأطفال على بعدين من أبعاد الكفاءة الاجتماعية.

على الرغم من أن الاجتماعية المفرطة تعتبر ميزة إيجابية بشكل عام للأفراد متلازمة وليامز إلا أنها تشكل تحدّ في السياق العام. فقد وجدت بعض الدراسات عند ملاحظة عدد من الأفراد البالغين من متلازمة وليامز أن نسبة 94 %

- Speech-language pathology
- Autism, pervasive developmental disorder
- Frequent illnesses, doctor appointments, pain, headaches and fatigue are a few things that can affect school attendance and performance.

Hematologic

- Bleeding disorders
- Easy bruising
- Amegakaryocytic thrombocytopenia (low platelet count)
- Blood clotting disorders
- Platelet dysfunction
- Combined coagulation defects

Musculoskeletal

- Joint pain or muscle pain especially in adults, which can vary in severity
- Undifferentiated Connective Tissue Disorders
- Scoliosis
- Prominence of breast bone (pectus carinatum)
- Depression of breast bone (pectus excavatum)
- Joint contractures (tightness)
- Joint hypermobility (looseness)
- Winging of the scapula
- Hypotonia (low muscle tone)
- Hypermobility syndrome
- Lordosis (increased hollow in the back) due to poor stomach muscle tone

Neurological

- Arnold-Chiari malformation (type 1), which can lead to hydrocephalus, has been noted in some patients
- Seizures

Physical appearance

Stature

- Short stature Growth Hormone (GH) sometimes combined with IGF-1 can be used to achieve an increased height/final height quicker

Head

- Excess skin on the back of the neck
- Low hairline at the nape of the neck

- High hairline at the front of the head
- Large head
- Triangular face shape
- Broad forehead
- Short neck, webbed neck

Eyes

- Hypertelorism (widely set eyes 95%)
- Epicanthal folds (extra fold of skin at the inner corner of the eye)
- Ptosis (drooping of the eyelids)
- Proptosis (bulging eyes)
- Refractive visual errors
- Strabismus (inward or outward turning of the eyes)
- Nystagmus (jerking movement of the eyes)

Nose

- Small, upturned nose

Ears and hearing

- Low-set ears (in over 90%)
- Backward-rotated ears (over 90%)
- Thick helix (outer rim) of ear (over 90%)
- Incomplete folding of ears
- Chronic otitis media (ear infections)
- Hearing loss

Mouth and speech

- Deeply grooved philtrum (top lip line) (over 90%)
- Micrognathia (undersized lower jaw)
- High arched palate
- Dental problems
- Articulation difficulties
- Poor tongue control

Limbs/extremities

- Bluntly ended fingers
- Extra padding on fingers and toes
- Edema of the back of hands and tops of feet
- Cubitus valgus (Wide carrying angle of the elbows)

Skin

- Lymphedema (lymph swelling of the extremities)
- Keloid formation, excessive scar formation

- Hyperkeratosis (overdevelopment of outer skin layer)
- Pigmented nevi (darkly pigmented skin spots)
- Connective tissue disease

Causes

- NS is typically inherited in an autosomal dominant pattern with variable expression.
- Recurrence in siblings and apparent transmission from parent to child has long suggested a genetic defect with autosomal dominant inheritance and variable expression. Mutations in the Ras/mitogen activated protein kinase signaling pathways are known to be responsible for ~70% of NS cases.
- A person with NS has up to a 50% chance of transmitting it to their offspring. The fact that an affected parent is not always identified for children with NS suggests several possibilities:
- Manifestations could be so subtle as to go unrecognized (variable expressivity)
- NS is heterogeneous, comprising more than one similar condition of differing causes, and some of these may not be inherited.
- A high proportion of cases may represent new, sporadic mutations.

Recommendations

- ☐ Neuropsychological testing is recommended to find strengths and challenges to tailor support needed for school, career.
- ☐ Educational customization such as an Individualized Education Program plan is sometimes needed for school-aged children.
- ☐ Speech therapy if there are speech and articulation issues
- ☐ Physical therapy and occupational therapy for gross and fine motor delays
- ☐ Hypotonia and motor difficulties often impact handwriting. Accommodations for lessening handwriting demands will improve performance and save long-term hand function.

Noonan syndrome (NS)

Fareeza Abu Sirees

Physiotherapist - UAE

Noonan syndrome (NS) is a relatively common autosomal dominant congenital disorder that affects both males and females, and is named after Jacqueline Noonan, a pediatric cardiologist. It is referred to as the male version of Turner's syndrome.



The principal features include congenital heart defect (typically pulmonary valve stenosis; also atrial septal defect and hypertrophic cardiomyopathy), short stature, learning problems, pectus excavatum, impaired blood clotting, and a characteristic configuration of facial features including a webbed neck and a flat nose bridge. NS is a RASopathy, and is one of several disorders that are caused by a disruption of RAS-MAPK pathway signaling.

approximately 1 in 1,000 and 1 in 2,500 children worldwide are born with NS. It is one of the most common genetic syndromes associated with congenital heart disease, similar in frequency to Down syndrome. However, the range and severity of features can vary greatly in patients with NS. Therefore, the syndrome is not always identified at an early age.

Diagnosis

The diagnosis of NS is still based on clinical features. In other words, it is made when a physician feels that a patient has enough of the features to warrant the label. The principal values of making a genetic diagnosis are that it guides additional medical

and developmental evaluations, it excludes other possible explanations for the features, and it allows more accurate recurrence risk estimates. With more genotype-phenotype correlation studies being performed, a positive genetic diagnosis will help the clinician to be aware of possible anomalies specific to that certain gene mutation.

Characteristics:

Organ system

Anesthesia risk

Some individuals with NS have been reported to develop respiratory depression from narcotics given during and after surgery, which has sometimes required cardiac resuscitation. Impaired anesthetic clearance in the 24–48 hours after surgery has also been reported.

Heart

Up to ~85% of people with NS have one of the following heart defects:

- Pulmonary valvular stenosis (50–60%)
- Septal defects: atrial (10–25%) or ventricular (5–20%)
- Hypertrophic cardiomyopathy (12–35%)

Lungs

Restrictive lung function has been reported in some patients

Gastrointestinal system

- Failure to thrive from infancy to puberty (75%)
- Decreased appetite
- Digestive problems
- Frequent or forceful vomiting
- Swallowing difficulties
- Intestinal malrotation
- Need for a feeding tube
- Low gut motility
- Gastroparesis (delayed gastric emptying)

Genito-urinary system

- Cryptorchidism (undescended testicles)

Lymphatic system

- Posterior cervical hygroma (webbed neck)
- Lymphedema

Developmental

- Clumsiness
- Motor development delay/delayed milestones
- Learning disabilities
- Dysmaturity



اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه

الأسباب وطرق التشخيص والعلاج

مروة هشام

اختصاصي نفسي تربوي - الإمارات العربية المتحدة

تعريف

يختلف الناس في سلوكياتهم من شخص لآخر ولكن اختلاف سلوكيات الأطفال في المراحل الأولى من العمر يجعلنا نتوقف حائرين في التفريق بين الطبيعي وغير الطبيعي من تلك السلوكيات ، فقد يكون من منظور الوالدين شيئاً طبيعياً ، ولكن يراه الآخرون شيئاً غير مألوف وغير طبيعي وغير مقبول من المجتمع ، وسلوكيات الطفل نتاج تعامل الآخرين من حوله معه مثل الدلال الزائد والحماية المفرطة، ومن الناحية الأخرى قلة الحنان والإهمال، ولكن هناك حالات مرضية قد تؤدي لتلك السلوكيات الخاطئة فقد يخرج الطفل عن حدود المعدل الطبيعي في حركته وسلوكياته ، فنرى الطفل المخرب ، الطفل كثير الحركة ، الطفل الفوضوي ، الطفل المعاند والعنيد ، الطفل قليل الانتباه ، وغيرها من الحالات بعضها طبيعي ومؤقت ، والبعض منها مرضي ودائم ، ومن تلك الحالات المرضية اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه .

التشخيص

إضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ونقص الانتباه اضطراب عصبي بيولوجي يؤثر على السلوك ويصيب 7% من اطفال العالم وتزيد نسبة انتشاره لدى الذكور بمعدل 3 إلى 9 أضعاف عنها لدى الإناث ويتصف بمستوى عال من صعوبة التركيز ونقص الانتباه والاندفاعية مع زيادة ملحوظة في مستوى النشاط الحركي .

هناك ثلاثة أعراض أساسية قامت بتقسيمها " الرابطة الأمريكية للطب النفسي " في دليلها الاحصائي والتشخيصي الرابع للإضطرابات النفسية وهي كالتالي :

1. نقص الانتباه

1. في كثير من الأحيان لا ينتبه المصاب تماماً للتفاصيل أو يرتكب أخطاء تبدو ناجمة عن عدم الانتباه واليقظة عند

- أدائه الواجبات المدرسية أو في العمل أو غير ذلك من أنشطة.
2. غالبا لا يتمكن من التركيز باستمرار في المهام الموكلة إليه أو في أنشطة اللعب.
3. في كثير من الأحيان لا يبدو منصتا عند التحدث إليه مباشرة.
4. كثيرا ما لا يتبع التعليمات ويتعذر عليه إنهاء الواجبات المدرسية أو الأعمال المنزلية الروتينية ، أو المهام في محيط العمل (ليس بسبب سلوك معارض أو عدم فهم التعليمات).
5. غالبا ما يشكل تنظيم الأنشطة صعوبة بالنسبة له.
6. يتجنب في كثير من الأحيان أداء المهام التي تتطلب الكثير من الجهد الذهني لفترة طويلة من الوقت (مثل الواجبات المدرسية أو الأعمال المنزلية).
7. وغالبا ما يضيع الأشياء الضرورية لممارسة المهام والأنشطة (مثل اللعب أو

من عدم وجود تضخم في الغدة الدرقية وكشف التوافق الحركي العصبي كوجود حركات عصبية غير طبيعية .

- **الفحص المخبري :** في حالة الشك بوجود امراض او عيوب ومشاكل معينة يتم التأكد بعمل فحوصات طبية مثل (وجود تشنجات أو نوبات صرع خفيفة تحتاج لعمل تخطيط دماغ EEG وللتعرف على ما اذا كانت هناك زيادة في الجانب الكهربائي في المخ بعمل أشعة مقطعية للدماغ CT- Scan ورنين مغناطيسي MRI للتأكد من عدم وجود عيوب دماغية.

هناك العديد من المقاييس المستخدمة لتقييم حالة الطفل وتلك تحتاج الى ملء بعض الاستبيانات والمقاييس المعرفية لسلوكيات الطفل في البيئات المختلفة وتعتمد على الملاحظة الميدانية لما يقوم به الطفل في حياته اليومية ويقوم بتعبئه هذه الاستبيانات الوالدين او من يقوم على رعاية الطفل كما يقوم بها المعلم او المرشد الطلابي لتعطي تلك الاستبيانات صورة عن حالة الطفل والتي يمكن من خلالها الوصول الى تشخيص دقيق كما يمكن من خلالها تحديد مدى تقدم الحالة في العلاج ومن المقاييس المستخدمة :

- مقياس كونرز (للمعلمين - الوالدين) Connors ADHD Scale- CAS

5. وجود ضعف أو تأخر لدى المريض بسبب هذه الأعراض في مكانين أو أكثر (مثل المدرسة/العمل والمنزل).

يجب أن يكون هناك دليل واضح على تأثر الاداء بشكل كبير في المحيط الاجتماعي أو المدرسي مع وجود ستة أعراض أو أكثر من الأعراض للنشاط المفرط والاندفاع لمدة ستة أشهر على الأقل وبدرجة تؤثر على مستوى النمو بصورة سلبية وغير مناسبة

- **قياس الذكاء :** يمكن إجراء اختبار ذكاء للطفل لتحديد قدراته ونقاط قوته ونقاط ضعفه إذا دعت الحاجة وذلك لظهور أعراض تأخر في المهارات التنموية، وجديراً بالذكر ان المصابين بالاضطراب غالباً ما تكون قدراتهم العقلية طبيعية او يقعون بالفئة الهامشية ولكنهم لا يستطيعون التركيز ويخفقون في المهارات الأكاديمية بسبب الاضطراب فهو عادة ما يكون مصحوب بالتأخر الدراسي وبعض الحالات يكون هناك صعوبات تعلم (صعوبة في القراءة - الكتابة - الحساب) كاضطراب منفصل وليس نتيجة للحالة .

- **الفحص السريري :** فحص عام وملاحظة وقياس النمو والطول والوزن ومحيط الرأس ومقارنته مع أقرانه في نفس العمر والجنس وقياس السمع والبصر وضغط الدم والتأكد

الواجبات المدرسية أو الأقلام الرصاص أو الكتب أو الأدوات).

8. يتشتت ذهنه غالباً بسهولة.

9. كثير النسيان في أثناء ممارسة الأنشطة اليومية.

ضرورة وجود ستة أعراض أو أكثر من أعراض نقص الانتباه التالية لمدة ستة أشهر على الأقل وبدرجة تؤثر على مستوى النمو بصورة سلبية وغير مناسبة

2. زيادة الحركة

1. يكون كثير التملل، فإما يقوم بتحريك يديه أو قدميه أو يتحرك في مقعده.

2. غالباً ما ينهض من مقعده رغم عدم الحاجة لذلك.

3. كثيراً ما يقوم بالركض أو التسلق في المكان والزمان غير المناسبين (قد يشعر المراهقون أو البالغون بحالة شديدة من عدم الاستقرار).

4. غالباً ما يصعب عليه اللعب أو الاستمتاع بالأنشطة الترفيهية في هدوء.

5. يتميز بالحركة الدائبة والنشاط في كثير من الأحيان، وكأنه آله يحركها موتور.

6. كثيراً ما يتحدث بشكل زائد عن الحد.

ضرورة وجود ستة أعراض أو أكثر من الأعراض للنشاط المفرط والاندفاع لمدة ستة أشهر على الأقل وبدرجة تؤثر على مستوى النمو بصورة سلبية وغير مناسبة

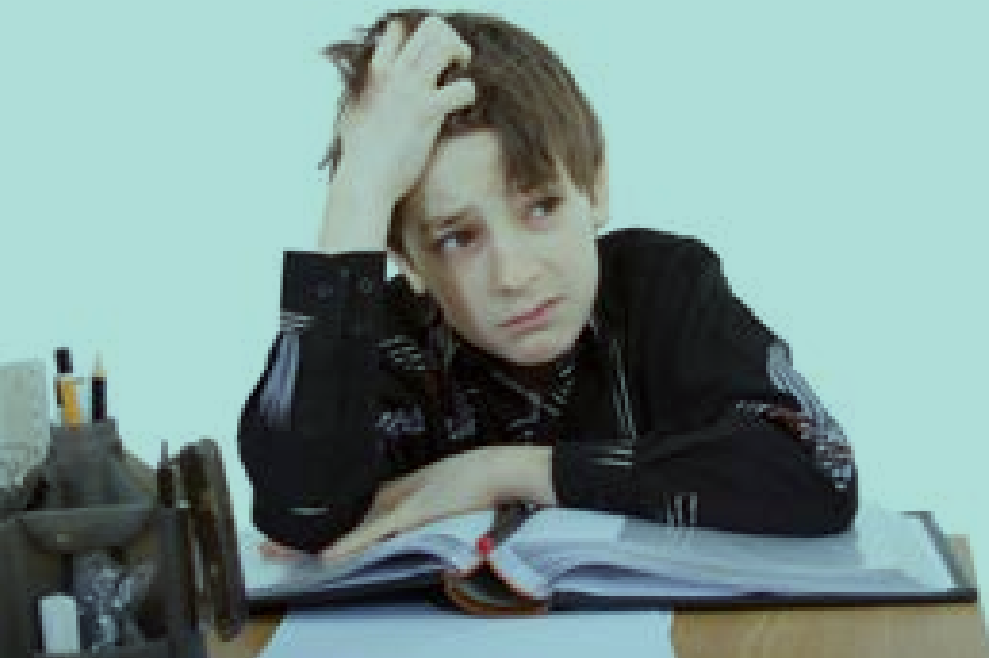
3. الاندفاعية

1. غالباً ما يسارع بالإجابات قبل الانتهاء طرح من الأسئلة

2. لديه صعوبة في الانتظار حتى يأتي دوره في كثير من الأحيان.

3. كثيراً ما يقاطع الآخرين أو يتطفل عليهم (على سبيل المثال: المقاطعة في أثناء الحديث أو اللعب).

4. وجود أعراض فرط الحركة والاندفاع أو نقص الانتباه قبل سن 7 سنوات.



- الأسباب العضوية - الأسباب النفسية - الأسباب البيئية والاجتماعية).

الأسباب الوراثية والجينية

تلعب الوراثة دوراً هاماً في حدوث الاضطراب ولكن حتى الآن لم يتم اكتشاف المورث - الجين - المؤدي له ، فقد اثبتت الدراسات حدوث الحالة لدى التوائم بنسبة عالية تصل الى 80% ، كما أظهرت أحي الدراسات أن 25% من والدي هؤلاء الأطفال لديهم اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه بالمقارنة مع غيرهم ، وقد لا تكون تلك العلامات واضحة لدى الوالدين أو يكون اكتشاف الحالة لدى الطفل هي بداية تشخيص حالة الوالدين ، كما لوحظ وجود الحالة لدى أفراد آخرين من العائلة ، كما زيادة معدل انتشار الأمراض السلوكية والنفسية مثل الاكتئاب- اضطراب التصرف - وغيرها.

الأسباب العضوية

حيث كان الاعتقاد السابق أن سبب حدوث الحالة هو وجود تلف في المخ لذلك سعي الأختلال الوظيفي المخي البسيط Minimal Brain Dysfunction ، تلف المخ العضوي Organic Brain Damage ، ولم يثبت حتى الآن أن حالات التلف الطفيف بالمخ تسبب قصور الانتباه.

- تأخر نضج الجهاز العصبي - بعض الأطفال يتحسن مع الوقت عندما يكون جهازه العصبي أكثر نضجاً
- إصابة الجهاز العصبي خلال الحمل : تناول الام ادوية معينة اثناء فترة الحمل ، إصابة الأم ببعض الأمراض خلال الحمل
- إصابة الجهاز العصبي خلال الولادة : الولادات المبكرة ، نقص الاوكسجين
- إصابة الجهاز العصبي بعد الولادة - وخلال فترة نمو الجهاز العصبي : تعرض الطفل لبعض السموم مثل الرصاص ، التهابات المخ ، تعرض الطفل للأصابات المؤثرة على الدماغ

البحث متوافقة مع البحوث العلمية التي أجريت في نفس المجال والنتائج موضحة بالرسم البياني بالشكل التالي :

أسباب حدوث اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

يعتبر فرط الحركة وقصور الانتباه من أكثر الإعاقات السلوكية النمائية التطورية Developmental شيوعاً ، والمقصود بالنمائي - هو أن هذا العجز ينشأ بسبب تأخر أو نقص نمو المخ في مرحلة الحمل وخلال مراحل نمو المخ التالية وينتج عنه ضعف في السيطرة على النفس تظهر أعراضه على شكل سلوكيات متعددة كالمزاجية وضعف الانتباه وفرط الحركة.

ليس هناك سبب واضح ومحدد لحدوث الحالة فليس هناك عيوب واضحة في الجهاز العصبي ، ولكن هناك اتفاق بين العلماء ان الحالة تحدث نتيجة لأسباب نمائية للجهاز العصبي لم يتم التوصل لمعرفةها وتحديدها ، وقد أثبتت الدراسات الحديثة أن المشكلة تكمن في ضعف الموصلات العصبية Neuro-transmitters خصوصاً في الفص المخي الأمامي Frontal lobe ، وهذه التغيرات الفيزيوكيميائية في المخ ليس من السهولة التعرف عليها وأكتشافها ومما يساعد على تأكيد هذه الفرضية :

- استجابة الأطفال المصابين للعلاج الدوائي بواسطة الأدوية المنبهة Psycho-stimulant
- استخدام جهاز يسمى PET-scan لقياس نشاط المخ ، أظهر أن هناك انخفاض في النشاط المخي في الفص الأمامي للمخ Frontal lobe مقارنة مع الاسوياء ، وأمكن تعديل النشاط المخي باستخدام الادوية المنبهة

Saeight H R, Nahlick J E, Campbell D C. ADHD Assessment, Diagnosis and Management. J Fam Pract 1995;40(3): 270-278

ويمكن تصنيف الأسباب المؤدية لحدوث الحالة إلى (الأسباب الوراثية والجينية

• مقياس اديس (للمعلمين - للوالدين) Attention Deficit Disorder Evaluation Scale - ADDES

• مقياس ايدل بروك - إخبـاخ Adel broch & Achebach

• مقياس قائمة تحديد سلوكيات الطفل Child Behavior Check List - CBCL

الأمراض المصاحبة لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه

قد يتزامن مع اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه اضطرابات أخرى مثل القلق والاكتئاب قد يؤدي اجتماع هذه الاضطرابات الى تعقيد عمليتي التشخيص والعلاج بشكل كبير . هذا وتشير دراسات أكاديمية وأبحاث أجريت في جهات خاصة الى ان الاكتئاب المقترن باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه يبدو أكثر انتشاراً بين الاطفال كلما تقدموا في السن ويختلف انتشاره في الأنواع الفرعية من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه عندما تؤدي حالة اضطراب مزاجي الى تعقيد حالة اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ، وتقتضي الحكمة حينئذ ان يعالج الاضطراب المزاجي اولاً ولكن يلاحظ ان الأباء الذين يعانون اطفالهم من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه يرغبون غالباً في علاجه اولاً لأن الاستجابة تكون أسرع ولا تقتصر المشكلات السلوكية التي تطرأ على الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه على نقص الانتباه وفرط النشاط الحركي فقط ، فأعراض هذا الاضطراب لا تظهر وحدها الا لدى الثلث فقط من الأطفال الذين تم تشخيص حالتهم المرضية بأنهم مصابين.

وإستناداً إلى الدراسة التي اجريت بدولة الامارات العربية المتحدة بمدينة الشيخ خليفة الطبية قسم الطب النفسي للأطفال / ابوظبي ، عن الأمراض المتزامنة مع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والتي تضمنت 1301 طفل مصاب باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من مختلف مشافي الدولة ، كانت نتائج



الأسباب النفسية

- الاطفال المحرومين عاطفيا
- اضطراب الجو العائلي
- المشاكل النفسية

الأسباب البيئية والاجتماعية

البيئة هي كل ما يحيط بالإنسان في حياته اليومية من مؤثرات، وهنا لا نستطيع التفريق بين العوامل المؤثرة كالعوامل الوراثية أو النفسية الاجتماعية، ولم تظهر الدراسات أي تأثير لأسلوب تربية الطفل في حدوث الحالة، ولكن الفوضى في البيئة المنزلية قد تساعد على أظهار أعراض الحالة.

الأكثر من تناول السكريات وعلاقتها بزيادة الحركة لدى الأطفال

تم دراسة تناول بعض السكريات مثل (الشيكولاته والأيس كريم والمشروبات الغازية) التي تحتوي على مادة الكافيين المنبهة للأطفال والبالغين وتبين من نتائج معظم الابحاث والدراسات عدم تأثير هذه السكريات على سلوكيات الأطفال بشكل أكيد.

الأطفال بالإضافة إلى مساعدتهم في التعلم. فضلا عن ذلك وبحسب دراسة جديدة نشرت في الثامن من أبريل 2004 م في مجلة طب النفس المركزي الطبي الحيوي (Biomed Central Psychiatry) فإن الأطفال الذين تناولوا مكملات الزنك مع أدوية معالجة الاضطراب بدى عليهم التحسن بشكل أكبر وبمعدل أسرع من أولئك الذين لم يتناولوا الزنك. ويختار الأطباء في العادة ما بين الأدوية المنبهة أو غير المنبهة حسب الحاجة. والأدوية الرئيسية المنبهة المستخدمة في علاج اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه هي:

- الميثيلفينيديت (متوفر تجاريا باسم ريتالين وكونسيرتا ودايترانا)
- دكستروأمفيتامين - أمفيتامين (متوفر تجاريا باسم أديرأول)
- دكستروأمفيتامين (متوفر تجاريا باسم ديكسيدرلين)

العلاج السلوكي

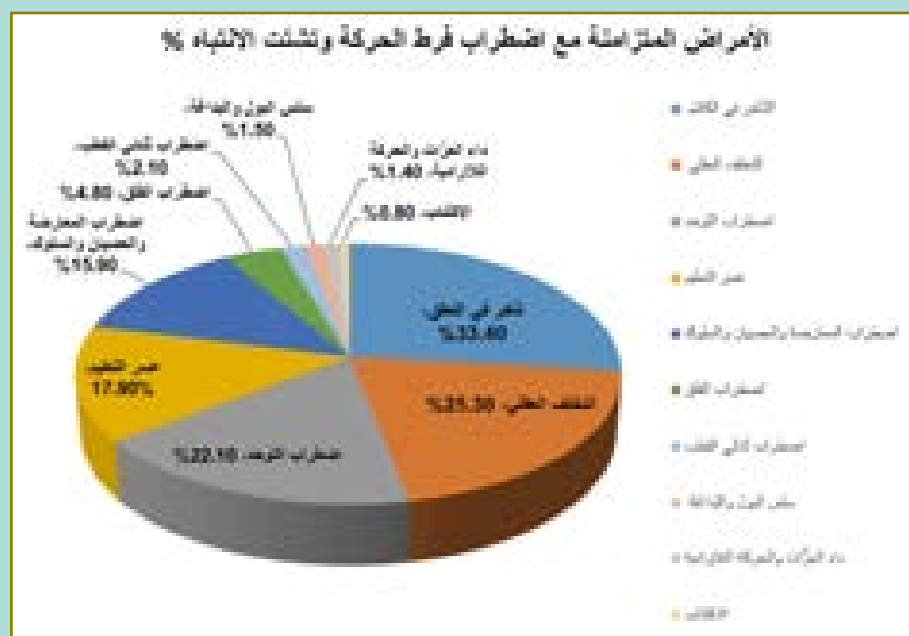
يعتمد العلاج السلوكي على التعاون بين الأهل في المنزل ومع المدرسين والمعالجين المستشارين والطبيب النفسي ، ويعتمد العلاج السلوكي بشكل كبير على الاستشارات مع مختص الاستشارة النفسية المستخدمة وأهمها :

- المعالجة النفسية.

البرامج العلاجية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

العلاج الدوائي

عادة يبدأ العلاج بالأدوية والعقاقير عندما يتجاوز عمر الطفل ست سنوات وتحدد الأدوية من النشاط المفرط والعدوانية وتساعد الطفل على الهدوء وبالتالي زيادة التركيز إن أكثر الطرق فعالية لمساعدة أطفال اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه من خلال تطبيق نموذج علاج يتم فيه مساندة التعديل السلوكي بالدواء حسب تشخيص الطبيب. حيث يعد التعديل السلوكي أداة مهمة لمساعدة الأطفال في تطوير سلوك ومهارات



• المعالجة السلوكية .

• المعالجة العائلية.

• التدريب — على اكتساب المهارات والمؤهلات الاجتماعية .

• المعالجة بواسطة مجموعات الدعم .

• تدريب الوالدين على اكتساب مهارات خاصة للتعامل سلوكياً مع الطفل المصاب .

العلاج السلوكي المعرفي

على الرغم من تنوع الأساليب العلاجية لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه إلا أن الدراسات والبحوث التي أجريت قد أشارت إلى أهمية العلاج السلوكي المعرفي ، وقد قام دوجلاس وآخرون بدراسة هدفت إلى مساعدة عينة من الأطفال ذوو النشاط الحركي الزائد ليصبحوا أكثر فاعلية وأقل اندفاعية وقد استبدل الباحثون بعض فنيات العلاج السلوكي المعرفي في بعض الحالات كبديل للعلاج الدوائي والمتمثلة في النمذجة ، التعليمات الذاتية اللفظية ، التدعيم الذاتي والضبط الذاتي إضافة إلى التدريب المباشر على بعض الأنشطة واختبار كاجان لتجانس الاشكال ، متاهات بورتوس ، اختبار بندر جشلت وأختبار تكملة القصص إضافة إلى بعض اختبارات الذاكرة المشتقة من اختبارات ديرويت لقياس الاستعداد للتعلم الرياضيات وقد أسفرت النتائج عن فاعلية التدريب المعرفي كما قد أشار لاندروم وآخرون إلى أنه بسبب وجود آثار جانبية لتلك العقاقير قد اتجه غالبية المعالجين إلى التركيز على أساليب العلاج السلوكي والعلاج السلوكي المعرفي .

إرشادات لأسرة الطفل ذوي النشاط الزائد وتشتت الانتباه

• مراقبة الضغوطات داخل المنزل

إذا كانت المشكلة تحدث في المنزل فقط قد يكون ذلك رد فعل لضغوط معينة في المنزل فقد لوحظ أن تشتت الانتباه أو النشاط الزائد أو الاندفاع قد يحدث لدى الأطفال اثر مرور الأسرة بظروف انفصال أو طلاق أو أحوال غير مستقرة ، فأن هذا السلوك قد يكون مؤقتاً ويقترح زيادة الوقت الذي يقضى مع الطفل لتزيد فرصته في التعبير عن مشاعره .

• فحص حاسة السمع

إذا كان الطفل قليل الانتباه وسهل التشتت ولكن غير مندفع أو كثير الحركة فعليك فحص حاسة السمع للتأكد من سلامته وعدم وجود أي مشكلة بعمليات السمع ففي بعض الأحيان رغم أنه قد يسمع جيداً يحتمل أن المعلومات لا تصل كلها بشكل تام للمخ.

• تغيير مكان الطفل

الطفل الذي يتشتت انتباهه بسرعة يستطيع التركيز أكثر في الواجبات لفترات أطول إذا كان كرسي المكتب يواجه حائطاً بدلاً من حجرة مفتوحة أو شباك .

• ابتعد عن الأسئلة المملة

استخدم الجمل والعبارات بدلاً من الأسئلة فالأوامر القصيرة أسهل على الطفل في التنفيذ .

• حدد كلامك جيداً

أعط تعليمات إيجابية لطفلك بدلاً من أن تقول لا تفعل كذا ، أخبره أن يفعل كذا وكذا .

• إعداد قائمة الواجبات

قم بإعداد قائمة بالاعمال والواجبات التي يجب على الطفل أن يقوم بها ووضع علامة (ضح) امام كل عمل يكمله الطفل والأعمال التي لم تكتمل أخبر الطفل بأن يتعرف عليها في القائمة .

• حدد اتجاهك جيداً

تجاهل السلوك الغير مرغوب به الصادر من الطفل ومع تكرار ذلك سوف يتوقف الطفل عن ذلك لانه لا يلقى أي انتباه لذلك والمهم هو إغارة الطفل كل الانتباه في السلوك الجيد .

• أعط الطفل فرصة للتنفيس

لكي يبقى طفلك مستمراً في عمله فترة أطول يقترح السماح للطفل ببعض الحركة أثناء العمل فمثلاً : أن يعطى كرة أسفنجية من الخيط الملون أو المطاط يلعب بها أثناء عمله .

نشاطات مقترحة لتعديل السلوك

يجب أن يراعى في إختيارها إهتمامات وميول كل طفل بشكل فردي ، ويجب إستمرار التعزيز الإيجابي لمحاولات التركيز والتحكم في الحركة مع الحرص على التواصل البصري واستخدامه كأسلوب تشجيع وإثارة للإنتباه والتحدى ومن هذه الأنشطة .

• الرسم والتلوين : التدريب على إستخدام نوعيات مختلفة من الألوان وإجادة الرسم والرسومات الدقيقة ومحاكاة الطبيعة وتقليدها والذهاب إلى أماكن مثل الشاطئ ورسم الغروب أو الحدائق ورسم الأشجار وغيرها .

• اللعب بالصلصال : التدريب على المنحوتات والتشكيل بالألوان وبالألوان الدقيقة .

• الأدوات الموسيقية: التدريب أن يتعلم العزف على آلة موسيقية ويحفز بأن يشجع على العزف المنفرد والعمل على إجادة العزف .

• التنظيف الفعلي : كمساعدة الأم

إذا كان الطفل قليل الانتباه وسهل التشتت ولكن غير مندفع أو كثير الحركة، فعليك فحص حاسة السمع للتأكد من سلامته وعدم وجود أية مشكلة بعمليات السمع، ففي بعض الأحيان رغم أنه قد يسمع جيداً يحتمل أن المعلومات لا تصل كلها بشكل تام للمخ.

تم دراسة تناول بعض السكريات مثل (الشيكولاته والآيس كريم والمشروبات الغازية) التي تحتوي على مادة الكافيين المنبهة للأطفال والبالغين وتبين من نتائج معظم الابحاث والدراسات عدم تأثير هذه السكريات على سلوكيات الأطفال بشكل أكيد .

إنطلاقاً مما ذكر اعلاه يوصى بالتالي :

1. ضرورة تدريب معلمي التربية الخاصة ومعلمي مدارس التعليم العام كيفية تحديد أو التعرف على أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه .
2. تزويد الفصول الدراسية بوسائل محسوسة ، سمعية بصرية ملموسة ، لتحسين عملية التعلم .
3. إعداد دورات تدريبية لمعلمي التربية الخاصة والتعليم العام عن كيفية تطبيق أساليب العلاج السلوكي مع الطلاب والحث على تفعيلها .
4. العمل على إعداد دورات تدريبية لأسر الاطفال المصابين بكيفية التفاعل والتعامل مع مشكلات ابنائهم التعليمية والسلوكية.
5. توفير برامج كمبيوتر عربية وأجهزة حديثة تعين في تدريب العمليات العقلية وتحسين فرص نجاح هؤلاء الأطفال .
6. إدراج تسهيلات في أنظمة التعليم لتيسير عملية تقييم الطلاب المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه .
7. إجراء بحوث تطبيقية متعلقة بصعوبات التعلم النمائية والاكاديمية للطلاب الذين يعانون من فرط الحركة ونقص الانتباه .

فهما أن يجد لها حل عن طريق التفكير وفرض الفروض إلخ و بزيادة مستوى التعقيد لما يزاوله من نشاط تدريجياً دون أن يشعر الطفل بالملل.

• المنافسة مع الأقران مثل الألعاب التي يتم فيها الإنجاز بصورة فردية وتنافسية مع الآخرين بأن ينجز المهمة صحيحة وفي الوقت المطلوب.

• التحفيز ويكون بحث الطفل على بذل مزيد من الجهد والوصول لمزيد من الإجابة ودقة في تنفيذ النشاط الذي يمارسه.

الخاتمة

ان كثيراً ما يوصف الطفل الذي يعاني من النشاط الزائد بالطفل السيئ أو الصعب أو الطفل الذي لا يمكن ضبطه فبعض الآباء يزعجهم النشاط الزائد لدى أطفالهم فيعاقبونهم ولكن العقاب يزيد المشكلة سوءاً ، وكذلك فإن إرغام الطفل على شيء لا يستطيع عمله يؤدي إلى تفاقم المشكلة، إن هؤلاء الأطفال لا يرغبون في خلق المشكلات لأحد ولكن الجهاز العصبي لديهم يؤدي إلى ظهور الاستجابات غير المناسبة ولذلك فهم بحاجة إلى التفهم والمساعدة والضبط ولكن بالطرق الإيجابية وإذا لم نعرف كيف نساعدهم فعلياً أن نتوقع أن يخفقوا في المدرسة بل ولعلمهم يصبحون جانحين أيضاً فالنشاط الزائد يتصدر قائمة الخصائص السلوكية التي يدعى أن الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية يتصفون بها .

ومحاكاة دورها باستخدام مكنسة سهلة الحركة (مكنسة السيارة) أو أدوات التنظيف الآمن الإستخدام .

• تنظيم حفل والمشاركة في التنظيم للمكان وإعداد مستلزمات الحفل (نفخ بالونات - التفكير في محتويات قائمة الضيافة التي تقدم للأصدقاء - إعداد قائمة المدعوين - التفكير في نوع الحفل والملابس التي تلائمها - التفكير في فقرات الحفل وما يتضمنه).

• ممارسة نشاط رياضي فردي يتميز فيه الطفل ويشعره بالمنافسة الرياضية وتحدي الإنجاز ويفتخر بما يحققه فيه.

• ألعاب التي يشعر بها بالإبتكار والإختراع (عمل الصابون - تكوين قوالب مجسمة من الجبس وتلوينها - ثقب البيض وتفرغته وتكوين أشكال فنية به وتلوينه).

• ألعاب الفك والتركيب (بمستويات تعقيدها المختلفه والتي تتطلب إستخدام مفكات وأدوات معده لها تحاكي المعدات التي يستخدمها الكبار) وعدم الخضوع للكتلوج المصاحب بل ندعه يكون ما يريد ويبتكر أشياء جديدة ونشجعه على ذلك .

• إعداد المسرحيات الجماعية وتكليفه بدور مهم فيها (دورا تمثيلية مهما - دور المخرج - المسؤول عن التنظيم في القاعة من إضاءة وصوت وأن يسلم قائمة محددة بما هو مطلوب منه والوقت الذي يجب أن يقوم فيه بكل مهمه والتشديد على الإلتزام والدقه).

• إعداد مسابقة بين الإخوة والأقارب لأفضل قصة أو عمل أدبي (إذا كان له إهتمام بالتعبير الكتابي) ورصد جائزة كبرى وعمل لجنة تحكيم من الأهل والسير في إجراءات المسابقة بجد وعمل لقاء لإعلان النتيجة (من المهم أن يشعر الطفل بأهمية ما يفعل ويصدق).

• تحدي القدرات العقلية للطفل مع آخرين بعرض مشكلة (باستخدام أسلوب حل المشكلات) يكون المطلوب

متلازمة إرلن

أو متلازمة الحساسية الظلامية

إيمان العربي

إختصاصي نفسي - الإمارات العربية المتحدة

قد يعاني البعض منا من الحساسية تجاه بعض مثيرات البيئة المحيطة كالأتربة أو الأطعمة أو الروائح وكذلك تجاه الضوء أيضاً. الحساسية الضوئية هي عرض واحد لعدة أعراض تندرج تحت ما يسمى بمتلازمة (إرلن) أو بتسمية أخرى تناظر الحساسية الضوئية أو الإجهاد النظري، وتحدث هذه نتيجة اختلال وظيفي في الإدراك والمعالجة البصرية وبالرغم من تعدد مسميات هذه المتلازمة إلا أن السبب الرئيسي لها يكون نتيجة الاستعداد الوراثي لدى بعض الأسر أو بسبب خلل في الجينات لذلك فهي غالباً ما توجد عند أكثر من شخص في نفس العائلة، وقد تكون أسبابها أيضاً مكتسبة أو بيئية نتيجة إصابات الدماغ، وأخطاء العمليات الجراحية، تناول بعض الأدوية التي تؤثر على كيمياء الدماغ ووظائفه.



إذن ما هو السبب وراء هذه المشكلة؟

تأتي الإجابة على هذا السؤال من حيث الفرق الكبير بين الإبصار من حيث هو قدرة وبين الإدراك البصري، فالإبصار هو وظيفة العين التي خلقت من أجلها حيث تقوم بالتقاط الصور من البيئة الخارجية وترسلها إلى الدماغ على هيئة إشارات عصبية عبر

هذه المشكلة ليست متعلقة بأمراض ضعف البصر ومشاكله من الناحية الطبية، بل متعلقة بكيفية معالجة الدماغ للمثيرات البصرية التي تصل إليه من البيئة المحيطة بمعنى أن هؤلاء الأفراد إذا أجروا فحصاً بصرياً سوف نجد أن قدرتهم البصرية جيدة وليس لديهم أي قصوراً بصرياً.

matched control group. Significant improvement for the experimental group was noted for time needed to locate words on a printed page, timed reading scores, length of time for sustained reading, and span of 8-EBs, as well as other perceptual tasks. Additionally, seven of the 23 experimental found employment, but none of the control group was employed by the end of the semester.

In contrast, Winans (1987) was unable to find differences individually. Winans gave 15 elementary school children four minutes to locate and circle 68 examples of the letter "a" on three pages, each page of which contained 600 random letters in 20 lines of

وبعد تجارب وأبحاث استمرت على مدار خمسة وعشرين عاماً تقريباً استطاعت جمعية (متلازمة إرلن) بتقديم ما يسمى بالشفافيات وتقنية الفلاتر، وكليهما يعمل على تحسين قدرة هؤلاء الأشخاص على القراءة والكتابة والتخفيف من حدة الأعراض والتي تتمثل في الإجهاد والتعب والصداع وزيادة القدرة على التركيز والانتباه.

ثم قامت (إرلن) بابتكار نظارات بعدسات ملونة كعلاج لهؤلاء الأشخاص. ويطبق الابتكار حالياً في 44 دولة من بينها بعض الدول العربية منذ حوالي 15 عاماً. وقد ساهم أسلوب إرلن في تغيير حياة الملايين من هؤلاء الأشخاص والأطفال في جميع أنحاء العالم إلى الأفضل.

نسبة الانتشار:

أظهرت الإحصائيات الأمريكية أن 12 - 14 % من المجموع الكلي من تعداد السكان في كثير من الدول يعانون من درجة بسيطة إلى متوسطة من تناذر الحساسية الضوئية، كما أظهرت هذه الإحصائيات أن 46 % من الأشخاص والأطفال الذين يعانون من هذه المتلازمة يصنفون تحت بند صعوبات التعلم أو فرط الحركة (ADD/HD) بينما هذه المشكلات تكون نتيجة المعاناة من تناذر الحساسية الضوئية.

وبالرغم من انتشار «متلازمة إرلن» بنسبة كبيرة وفقاً للإحصائيات العالمية، إلا أنه لا يتم تشخيصها على الإطلاق أو يتم التشخيص الخاطئ لها على أنها عسر القراءة (Dyslexia) أو مشاكل نفسية أو سلوكية متعلقة باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHA) بما يتطلب الأمر في بعض الحالات نتيجة التشخيصات الخاطئة إلى أخذ الأدوية التي تخفف من حدة الأعراض المتعلقة بفرط الحركة وتشتت الانتباه إلا أن الكثير من الأهل قد يرفضون إعطاء هذه الأدوية لأبنائهم في البداية خوفاً من تأثيراتها الجانبية والسلوكية،

الوصلات العصبية دون أن يكون لها معنى وعندما تصل إلى الدماغ تتم عملية المعالجة الدماغية التي تعطي لهذه الصور معنى ومفهوم ودلالة وعلى أساسها يتم التعرف على هذه الصور وهو ما يعرف بالإدراك البصري. ولكن الأطفال ذوي متلازمة (إرلن) يكون لديهم خلل في عملية المعالجة البصرية لهذه المنثيرات البصرية.

بما يجعل هذه الصور تبدو مشوهة لديهم وغير واضحة أمام أعينهم. بل وتؤثر هذه المتلازمة على قدرة الطفل في أمور كثيرة منها القراءة والكتابة وتكون المشكلة قائمة بين مصادر الضوء من جهة والصفحة المطبوعة بالأسود بشكل خاص من جهة أخرى حيث تحدثان تداخلاً لدى الطفل يجعله يرى الصفحة مشوهة، وبخاصة عندما تكون الإضاءة قوية أو عند القراءة تحت ضوء "النيون".

وتعرف هذه المتلازمة: على أنها خلل وظيفي في عملية المعالجة البصرية للمثيرات البصرية نتيجة عوامل وراثية أو بيئية فتحدث تشوه إدراكي لهذه المنثيرات والصور مما يؤدي إلى مشاكل أكاديمية تتضح في ضعف القدرة على القراءة والكتابة بالإضافة إلى الآثار النفسية والاجتماعية

الاكتشاف والتطور التاريخي لمتلازمة إرلن:

تم اكتشاف هذه المتلازمة عام 1983 من قبل الإحصائية النفسية التربوية "هيلين إيرلين" في الولايات المتحدة الأمريكية منذ ثلاثين عام ولهذا سميت باسمها، جاء الاهتمام بهذه المتلازمة عندما شاركت (إرلن) في دراسة جاءت في جامعة كاليفورنيا على ألف وخمسمائة طالب وصلوا إلى المرحلة الجامعية ومازالوا لديهم صعوبات في القراءة بل يعتبر مستواهم ضعيف جداً، كان هذا الأمر يُشكل لغزاً كبير لعدد كبير من التربويين لأن هؤلاء الطلاب قد خضعوا في سنواتهم الدراسية السابقة لعدة برامج تدريبية وتدخلات علاجية ليست بالقليلة ومع ذلك لم تحدث أي تطور في حالتهم.

وفي إحدى المرات وبالصدفة أثناء عمل (إرلن) مع هؤلاء الطلاب قامت بوضع إحدى الشفافيات الملونة على إحدى الصفحات البيضاء وطلبت من أحد الطلاب القراءة وقد وجدت تحسناً كبيراً في قراءته بعد تغيير لون الصفحة من اللون الأبيض إلى أي لون آخر وتم التوصل لذلك من خلال سؤال الطلاب من ذوي هذه المتلازمة عما يرونه عند البدء في القراءة وقد جاءت الإجابات على غير المتوقع، حيث أشاروا إلى أنهم قبل استخدام تلك الشفافيات يرون الكلام كما لو كان غير واضح ومشوش، و تبدو الحروف كما ولو كانت متحركة أمام أعينهم، أو أن الكلمات داخل السطر تتحرك لأعلى أو لأسفل.

ومنذ ذلك الحين وقد بدأت الدراسات العلمية والتربوية في الانتشار فيما يخص هذه المتلازمة حتى وصلت هذه الأبحاث إلى مئة بحث.

أسباب التداخل بين متلازمة إرلن والاضطرابات الأخرى؟

على صعيد آخر قد تتداخل وتتشابه متلازمة إرلن مع اضطرابات أخرى مثل التوحد ومتلازمة اسبرجر وذلك نتيجة التشابه في الجانب الحسي الخاص بالبصر فقد يتجنب الطفل التواصل البصري مع الآخرين نتيجة عدم قدرته على مواجهة الضوء وحتى وإن تواصل يستخدم النظرة الجانبية أو النظر بعيداً عن المتحدث إليه بالإضافة إلى فقر المهارات الاجتماعية والإدراكية التي تساعد الطفل على فهم الكثير من المواقف الحياتية المحيطة وكذلك العملية الدراسية.

وتفيد بعض التقارير والمقالات على الصعيد الأجنبي إلى أن عدد ليس بقليل من أطفال التوحد قد استفادوا من طريقة إرلن وذلك في الحصول على قدر أكبر من الاسترخاء والتحسن الأقل للأضواء الساطعة، وانخفاض التشوهات الإدراكية، وتحقيق التناسق الحركي.

ويمكن إجمال الأعراض التشخيصية لمتلازمة تناذر الحساسية الضوئية فيما يلي:

1. الأعراض والمظاهر الجسدية:

الصُّداع والإجهاد، وتشوه البيئة المحيطة فضلاً عن حساسية الضوء ومشكلة صعوبة تقدير العمق، حرقه في العينين، فرك العينين باستمرار أثناء القراءة، الشعور بالنعاس أثناء القراءة وعدم المقدرة على المتابعة، عدم الراحة تحت الضوء الساطع والفلورسنت وضوء الشمس أو ضوء كشافات السيارات المقابلة ليلًا والألوان الساطعة، التباين الشديد بين الألوان المختلفة وأشدها في التباين بين اللونين الأبيض والأسود، صعوبة التركيز مع الصور المليئة بالتفاصيل، صعوبة تنسيق حجم ونمط الخط. كما أنهم يجدون صعوبة في صعود الدرج أو نزوله خاصة الدرج الكهربائي، التقاط الأشياء مثل الكرة، وإذا كانوا أشخاص بالغين يجدون صعوبة في ركن السيارة، الاصطدام بحواف الطاولة عند السير.

2. الأعراض الخاصة بالتحصيل الدراسي:

• صعوبات القراءة:

وهذه المشكلة تتعلق بمهارة الطفل على القراءة فهو عادة ما يكرر ما انتهى من قراءته، أو يتوقف عدة مرات أثناء القراءة، أو القراءة ببطيء أو تخطي بعض الكلمات أو الأسطر أو حذف الكلمات الصغيرة. كذلك عدم القدرة على القراءة لفترات طويلة، وفي بعض الحالات قد لا يستطيع الطفل الاستمرار في القراءة لمدة خمس دقائق، كما أنه يستمر في تقريب الكتاب وإرجاعه أو تحريك رأسه إلى الأمام والخلف، ويمكن أن يستخدم إصبعه لتتبع الكلمات، كما أن الاستيعاب والفهم يزدادان سوءاً خلال القراءة، لذا يلجأ للفهم عن طريق السمع أكثر من الفهم عن طريق النظر.

لكن حدة الأعراض وتصادم المشاكل الدراسية قد تضطربهم في النهاية إلى الخضوع لمثل هذه الأدوية ومع ذلك لا تختفي الأعراض وتظل قائمة نتيجة عدم الوصول إلى التشخيص الصحيح بما يجعل الأمر أكثر تعقيداً بالنسبة للأهل والطفل.

الآثار النفسية والاجتماعية لهذه المتلازمة:

ولأنها مشكلة وراثية فإن الفشل في تشخيصها وعلاجها يؤدي حتماً إلى الفشل في الحياة الدراسية أو الوظيفية ومع استمرار الأعراض العضوية تظهر المشاكل النفسية السيئة حيث الوقوع في دائرة الاضطرابات السلوكية والنفسية كالقلق الشديد والخوف والتوتر، الخجل الاجتماعي والميل إلى العزلة والانسحاب نتيجة الإحساس بالنقص والعجز ورفض المشاركة في الأنشطة التعليمية أو الاجتماعية نتيجة لتدني مستوى الدافعية وتدني مفهوم الذات وظهور أيضاً الآثار الانفعالية التي تتمثل في سرعة الغضب والانفعال، الصراخ والسلوك العدواني وإلى غير ذلك من الآثار النفسية.

معدل القدرة العقلية لهؤلاء الأطفال:

نجد الأطفال من ذوي متلازمة إرلن لديهم أيضاً صعوبات تكيفية عند الانضمام إلى المدرسة أو الحضانه بالرغم من أن ذكاهم وقدراتهم العقلية في الغالب تكون في حدود المتوسط بالإضافة إلى امتلاكهم قدرات إبداعية وطاقات تتطلب البحث عنها وتوجيهها بشكل يعوض نقاط الضعف في الجانب الأكاديمي ويبرز نقاط القوة بما يساهم في زيادة الثقة بالنفس ويزيل الشعور بالنقص وتشوه صورة الذات لديهم.



نجد الأطفال من ذوي متلازمة إرلن لديهم أيضاً صعوبات تكيفية عند الانضمام إلى المدرسة أو الحضانة بالرغم من أن ذكاءهم وقدراتهم العقلية في الغالب تكون في حدود المتوسط بالإضافة إلى امتلاكهم قدرات إبداعية وطاقات تتطلب البحث عنها وتوجيهها بشكل يعوض نقاط الضعف في الجانب الأكاديمي ويبرز نقاط القوة بما يساهم في زيادة الثقة بالنفس ويزيل الشعور بالنقص وتشوه صورة الذات لديهم.

مراكز إرلن حول العالم

تنشر مراكز إرلن في أكثر من 44 بلداً حول العالم ومنها عدد من الدول العربية كالأردن ومصر ودول الخليج العربي ولكن هناك الكثير من الدول التي لم يتوافر فيها التشخيصات الخاصة بهذه المتلازمة، لهذا يناشد العديد من المتخصصين في مجالي الطب والتربية الحكومات في العديد من الدول العربية بضرورة إنشاء مؤسسات تختص بتشخيص مثل هذه الحالات الذين يعانون في صمت من هذه المتلازمة دون دراية أو علم بأن مثل هذه الأعراض التي يعانون منها تسمى بمتلازمة إرلن أو تناذر الحساسية الضوئية خاصة وهي تظهر في جميع فئات المجتمع ومن ثم توفير الرعاية والعلاج الأمثل لهم.

أخيراً لابد من مراعاة الاعتبارات الأخرى:

حيث أنه من المهم التأكد من عدم وجود أسباب طبية أخرى كامنة وراء معاناة الطفل من (الحساسية الضوئية) من خلال طلب الاستشارة الطبية. ففي بعض الأحيان، تكون الحساسية الضوئية لدى بعض الحالات نتيجة أعراض لمشاكل طبية أخرى مثل خدش القرنية، التهاب القزحية، أو انفصال الشبكية أو التهيج بسبب العدسات اللاصقة. أو بعض الأدوية يمكن أن تسبب الحساسية للضوء.

كما يعتقد البعض أن عمليات الليزك يمكن أن تحسن من درجة الرؤية لدى هذه الفئة ولكن لابد من التوضيح أن عمليات الليزك تعمل على تحسين وتصحيح القدرة البصرية وليس الإدراك والمعالجة البصرية للصور والكلمات، بل ربما تؤدي مثل هذه العمليات إلى زيادة الحساسية الضوئية أكثر من السابق، كما قد يُعتقد أن استخدام النظارات الشمسية يمكنها توفير الراحة والحماية، ولكن الحقيقة أنها ليست كافية لأن هؤلاء الأفراد بحاجة إلى الحماية من جميع أنواع الإضاءة المختلفة، وليس فقط أشعة الشمس.

كذلك صعوبة المحافظة على مدى الانتباه والتركيز حيث يبدو زائد الحركة خلال العمل المدرسي. يستطع هؤلاء الأشخاص القراءة في ضوء ضعيف أفضل من الضوء العالي.

• الكتابة:

بشكل تصاعدياً أو تنازلياً (بشكل مائل)، عدم تساوي الفراغات بين الكلمات أو الأسطر وحتى الحروف في الكلمة الواحدة، الشعور بأن الكلمات تختفي، وقد تصبح مزدوجة وغير واضحة وفي بعض الأحيان يشعرون بأن الكلمات تقع أو تتحرك أو ثمة هالة حولها.

إن هذه المتلازمة تعتبر عاملاً رئيسياً من معوقات التطور الأكاديمي وتؤثر على الجانب السلوكي والنفسي أيضاً لدى المتصفين بها وهذا يؤكد أهمية اكتشاف وعلاج (متلازمة إرلن) من خلال التشخيص الدقيق لدى تلاميذ جميع المراحل الدراسية المختلفة وخاصة المرحلة الابتدائية لأنها مرحلة التأسيس والتطور اللغوي للطفل.

وهذا يشير إلى أهمية التدخل والتشخيص الدقيق في السنوات المبكرة من عمر الطفل لمثل هذه الحالات في بيئتنا العربية بما يسهل على الأهل والمتعاملين مع الطفل في البيئة التعليمية اختيار الوسيلة والاستراتيجية التعليمية الملائمة لطبيعته حالته بما يساهم في تلبية احتياجاته التعليمية وبما يحقق له التوافق النفسي والاجتماعي، ولكن نتيجة الصعوبة في التشخيص كما ذكرنا سابقاً قد يأتي التدخل متأخراً، الأمر الذي يجعل هذه المشكلة تتفاقم أثرها خاصة مع تزايد متطلبات العملية التعليمية ومن ثم يظلم الطفل لفترة أطول داخل البيئة الدراسية ومع الأهل أيضاً.

مراحل التشخيص والعلاج:

ويأخذ التشخيص عدة مراحل لتقييم هذه المتلازمة

المرحلة الأولى:

تبدأ بتحديد حجم المشكلة لتحديد مستوى الشدة التي يعاني منها الطفل لمعرفة هل هي بسيطة أم متوسطة أم شديدة عن طريق عدد من الاختبارات تجريها المراكز المتخصصة.

المرحلة الثانية:

تنطوي على استخدام عدد غير محدود من مجموعات تصفية اللون أو الشفافات لتحديد أطوال موجة الضوء المناسبة وبدقة والتي سوف تساعد على التغلب على المشكلة. ويتم ذلك عن طريق تغيير درجة اللون من الأبيض إلى ألوان أخرى وصولاً إلى درجة اللون الذي تتناسب مع طبيعة حالة الطفل بشكل يُعزز الرؤية لديه بشكل أوضح، والجدير بالذكر أن لكل حالة من حالات متلازمة إرلن درجة لون معينة تستطيع خلالها رؤية الكتابة بوضوح ويتم معرفة ذلك من خلال الفحص ثم التعرف على الأعراض الجسمية التي تعاني منها.

تخطيط الدماغ و تشخيص اضطرابات التوحد و فرط الحركة

عقاب قاسم البدارنة

أخصائي علاج وظيفي و تكامل حسي - الإمارات العربية المتحدة

هنالك العديد من الطرق و الاساليب المستخدمة في تقييم و تشخيص التوحد ، لكن السؤال هل هنالك طرق و وسائل غير دوائية لفحص و تشخيص و علاج التوحد ، الجواب هو نعم .

وافقت ادارة الدواء و الغذاء الامريكية FDA على اول جهاز طبي مستند على تخطيط الدماغ qEEG للمساعدة في تقييم و تشخيص اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بفرط الحركة ADHD لدى الاطفال و البالغين وذلك تاريخ 15 /7/ 2013 و كما وافقت على استخدامه في تقييم و تشخيص المصابين بالتوحد بشكل خاص من عمر 6 الى 17 سنة و اعتبر ذلك افضل ما تم اكتشافه لغاية يومنا هذا .



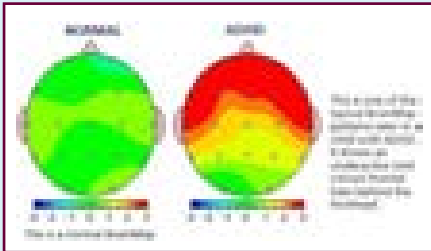
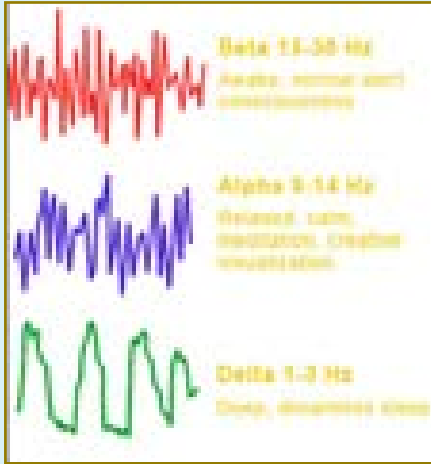
خرائط الدماغ mind mapping

وتتم باستخدام أحدث التكنولوجيا في العالم في الفحص و التشخيص و هي تقنية رسم خرائط الدماغ و التخطيط الكهربائي الكمي للدماغ qEEG التي تستخدم لفحص موجات الدماغ المختلفة و تحديد التشوهات الكهربائية و مكانها في الدماغ ، حيث وفرت لنا هذه التقنية رؤى جديدة عما يحدث في دماغ طفل التوحد وبالتالي

تزودنا بمعلومات دقيقة و واضحة تساعدنا في فهم اضطراب التوحد، سابقاً لم يستطع أي أحد تحديد أي مؤشرات حيوية خاصة بالاطفال المصابين باضطراب التوحد، لذلك وفرت لنا هذه التقنية رسم خرائط الدماغ ، وسائل فسيولوجية مثبتة علمياً لتشخيص و دراسة و فهم أفضل لدماغ المصابين بالتوحد، حيث يعود الفضل في ذلك لله سبحانه و تعالى ثم البروفيسور عادل الصالحي – استشاري علوم العلاج النفسي و العصبي و الذي قام بدراسات عديدة على الامواج الدماغية لاطفال التوحد و تحليلها و تحديد التشوهات الكهربائية و اثرها على سلوكيات الاطفال المصابين بالتوحد .

يعاني الأشخاص ذوي التوحد يعانون من ضعف في التفاعل و التواصل الاجتماعي وكذلك ضعف في التطور اللغوي و الافعال النمطية و مشاكل في الاستجابات الحسية و غيرها

- التحفيز الكهربائي المباشر عبر القحفي transcranial direct current stimulation
- التحفيز العميق للدماغ deep brain stimulation
- النيوروفيدباك neurofeedback ومنها جهاز MENTE2 الذي تم تطبيقه في مركز رأس الخيمة لتأهيل ذوي الاعاقة على 7 طلبة و مراقبة النتائج لمدة 45 يوم ، بعد كل جلسة يعطينا الجهاز تقرير عن الامواج الدماغية للطلبة ويتم متابعة هذا التقرير من قبل أطباء الاعصاب في كل من مالطا والنمسا و الاردن ، وبناءاً على تطبيقه في مركز رأس الخيمة تم تعديل الجهاز للنسخة الجديدة .
- وهذه الأجهزة والوسائل تقوم بتنظيم عمل الدوائر و النواقل العصبية للدماغ موضعياً و بدون أي آثار جانبية على الإطلاق .



من الاعراض المعروفة، توصلت بعض الدراسات بعد الاطلاع المستمر على نتائج الامواج الدماغية الى ربط هذه المشاكل مع ما يعرف بأنماط النشاط المميزة في التوحد وبالتالي فقد تم التثبت علمياً و بنجاح من ستة انماط موحدة وجدت في اضطراب التوحد وهي :

النمط الاول : يتضمن قراءات غير طبيعية في مناطق متعددة من الدماغ و التي تشبه الى حد كبير تلك الموجودة لدى مرضى الصرع. علماً ان الموقع الاكثر شيوعاً لهذه التشوهات هو temporal lobe و هي منطقة مهمة ذات علاقة مباشرة بالنطق و اللغة .

النمط الثاني : تم رؤيته في الاشخاص الطبيعيين غير مصابين بالتوحد حيث لا تعمل عندهم خلايا mirror neuron و هي مهمة في المشاعر و العواطف و التي تسمح لنا ان نفهم مشاعر الاخرين اتجاه بعضهم و بالتالي فان اطفال التوحد لديهم مشاكل في التفاعل الاجتماعي .

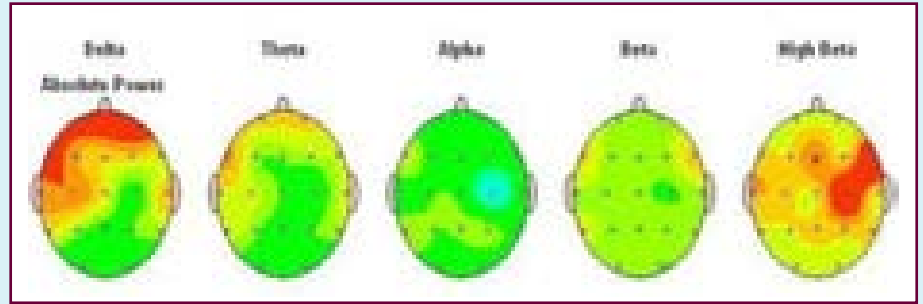
النمط الثالث : يرتبط بالعصبية و فرط الحساسية التي غالباً ما نشاهدها عند الاطفال المصابين بالتوحد حيث وجد تشوهات في قراءات تخطيط الدماغ EEG مما يسبب مستويات عالية من موجات بيتا BETA BRAINWAVES .

النمط الرابع : له علاقة بضعف التآزر والتخطيط بين مناطق الدماغ المختلفة، حيث وُجد عدم توصيل بين مناطق الدماغ المختلفة، او ان التوصيل قليل جداً، في حين أن البعض الاخر يوجد فيها اكثر من اللازم وخصوصاً في Frontal lobe وهذا ما يؤدي الى ضعف الانتباه والمشاكل الادراكية .

النمط الخامس : يتعلق بنشاط موجات دلتا الدماغية والتي ترتبط بسلوكيات الاندفاعية الغير مسيطر عليها وعدم الاحساس بالخطر وضعف الانتباه و فرط النشاط الحركي .

النمط السادس : يتضمن جهد كهربائي منخفض مع نشاط لموجات بطيئة في جميع انحاء الدماغ

ليس بالضرورة أن كل شخص يعاني من التوحد يملك واحد من هذه الانماط والمؤشرات لكن تخطيط الدماغ ورسم الخرائط يعطينا صورة كاملة وفريدة من نوعها لنشاط الدماغ لكل فرد، ويعتبر تخطيط الدماغ اداة قيمة للغاية لفهم ما يحدث في دماغ طفل التوحد فضلاً عن معرفة العلاج المناسب الذي يمكن ان يساعد على تحسين الاداء الاجتماعي واللغة والاستجابات الحسية عن طريق تصحيح هذه التشوهات بالعلاج العصبي المناسب.



بعد عرض الامواج الدماغية و الانماط الستة المميزة للتوحد كوسيلة لفحص و تشخيص التوحد و تشتت الانتباه و فرط الحركة عن طريق قراءة الامواج الدماغية واحتساب نسبة موجة ثيتا/بيتا في الدماغ .

اذ ان ما يخص العلاج الدوائي وبعد محاولات عديدة لا يوجد اي علاج طبي دوائي فعال و كفاء مع التوحد و لحد الآن فانها لم تكن ضمن مستوى الطموح و ذلك لمحدودية التأثير و وجود اعراض جانبية كثيرة و عجز كبير في تحديد اليات عمل تلك الادوية في الدماغ.

التدخل المبكر لمتلازمة داون

شيخة عبدالله المسافري

مدير مركز التدخل المبكر - دبي - الإمارات العربية المتحدة

يشير مصطلح متلازمة إلى مجموعة من العلامات والأعراض وهي مشتقة من "لزم" فلزم الشيء لزوماً ثبت ودام واللزمة من يلزم الشيء فلا يفارقه فمتلازمة داون تشير إلى مجموعة من الأعراض والعلامات متواجدة مع بعضها البعض، تميز هؤلاء الأشخاص دون غيرهم فسببها هو خلل جيني نتج عن تشوه في الكروموسومات حيث توجد نسخة إضافية من كروموسوم 21 أو جزء منه مما يسبب تغير في المورثات .

حازت دراسة تطور النمو عند أطفال الذين لديهم متلازمة داون على قدر كبير من الاهتمام وذلك للوقوف على عوامل مساعدة وداعمة في عملية التأهيل والتدريب، وبشكل عام فإن التطور النمائي بكل جوانبه وشتى مجالاته تظهر عليه بوادر واضحة من التأخر عندهم.

التطور اللغوي عند أطفال متلازمة داون:

تنقسم مراحل وفترات تطور اللغوي الى:
فترة التلحين : إن الأطفال الرضع بشكل

يشكل خطورة على الأجنة بنسبة (1 %) ، لذا تكون الطريقة الأفضل للكشف المبكر هي باستخدام تقنية الأمواج فوق الصوتية .

يُصاحب المتلازمة غالباً ملامح مميزة (كصغر الذقن وكبير اللسان واستدارة الوجه وقصر الرقبة) وضعف في القدرات الذهنية والنمو البدني ، بالإضافة الى إصابتهم بمضاعفات ومشاكل صحية أخرى مثل أمراض القلب الخلقية، الالتهابات ، مشاكل في التنفس ، مشاكل في المسالك الهضمية، مشاكل الغدة الدرقية ومشاكل في السمع وضعف البصر وغيرها.

ووفقاً للجمعية الوطنية لمتلازمة داون، فإن هذا التشوه واحد من أكثر التشوهات الكروموسومية شيوعاً، وذلك لحدوث حالة واحدة من بين كل 800 الى 1000 طفل، لا يعرف الخبراء حتى الآن السبب المحدد لحصول التشوه المذكور في الجينات، لكن هنالك عدة مسببات يمكن أن ترفع من خطر إصابة الجنين بمتلازمة داون كالحمل فوق سن 35 عاماً مثلاً.

يمكن الكشف عن المتلازمة في نهاية الأسابيع (16 - 18) من الحمل عن طريق أخذ عينة من السائل الأمنيوسي من الأم ولكن يجب الإشارة إلى أن هذا الفحص

ولكن بفترات متأخرة عن المعدل الطبيعي، وهذا التأخر في النمو الحركي يختلف من طفل لآخر، ولكن في نهاية المطاف كل الأطفال الذين لديهم متلازمة داون يستطيعون المشي بصورة صحيحة أو باضطرابات بسيطة على الأداء الحركي أو الهيئة خلال المشي.

تطور الحركات الكبيرة:

التحكم بالرأس:

الأطفال الطبيعيون يظهرون تحكماً جيداً بالرأس خلال ثلاث أشهر الأولى من أعمارهم أما الأطفال الذين لديهم متلازمة داون تتأخر عملية التحكم بالرأس عندهم من شهرين إلى 18 شهراً وذلك بسبب انخفاض مستوى التوتر العضلي لديهم.

الانقلاب:

يعتبر الانقلاب أول الطرق للتنقل وتغيير المكان وتأتي تعبيراً على تحكم الطفل بكتفه، يمكن أن ينجز الأطفال الطبيعيون هذه المهارة في غضون ثلاث إلى ستة أشهر أما الأطفال الذين لديهم متلازمة داون يصل المدى العمري لتطبيق هذه المهارة من (5 إلى 14) شهراً.

الجلوس:

يبدأ الطفل الطبيعي بالجلوس الحر بدون دعم أو إسناد بمدى عمري ما بين خمسة وثمانية أشهر، أما الأطفال الذين لديهم متلازمة داون يتأخرون في مهارة الجلوس الحر من ثمانية إلى 22 شهراً وذلك لوجود ضعف في عضلات البطن والظهر وأيضاً لكبر حجم البطن بسبب الرخاوة في الأنسجة العضلية البطنية.

إن مرحلة الجلوس مهمة جداً لرتباطها بالعملية اللغوية وذلك عن طريق أحداث تغيرات في الجهاز التنفسي حيث تساعد على التحكم بالقاطع الصوتية وكيفية إخراجها.

الزحف:

يمر الأطفال الطبيعيون بهذه المرحلة في عمر خمسة إلى سبعة شهور حيث تعتبر إحدى مراحل التطور الحركي الأساسية

والكلام، فيركز البرنامج في هذا المجال على التنشيط و الاستكشاف الحسيّ (القيام بأنشطة تعزز وتنمي المهارات السمعية والبصرية و الحسية) وتقوية عضلات الفم للتمكن من تحريك الشفاه ، وأيضاً من المهم جداً توعية الوالدين بمتابعة سمع طفل متلازمة داون لزيادة احتمال حدوث التهاب الإذن الوسطى وذلك بسبب العلاقة القوية بين التهاب الإذن الوسطى (الرشح و السوائل في الإذن الوسطى مع وجود أعراض التهاب أو بدون) وبين نموا اللغة والإنجاز الأكاديمي.

ويزداد تدخل أخصائي النطق والكلام بعد سن الثلاث سنوات حيث يركز في هذه المرحلة على موضوع تنمية اللغة بجميع جوانبها ويخص بذلك اللغة الاستقبلية حيث يعمل في هذه المرحلة على زيادة الحصيلة اللغوية بالتعرف على المجموعات اللغوية والأشياء المحيطة بالطفل، بالإضافة إلى التدريب على تنفيذ بعض الأوامر البسيطة والاستمرار في عمل تمارين للأعضاء النطقية للزيادة من كفاءتها، ويكون ذلك بمساعدة وتنسيق مع الأهل للوصول بالطفل إلى أقصى درجات الفائدة.

التطور الحركي عند الأطفال الذين لديهم متلازمة داون:

تثبت كثير من الدراسات أن هناك علاقة قوية بين النمو الحركي ومظاهر النمو الأخرى، حيث أن الطفل ذا الإعاقة الحركية يكون مقيد فلا يتفاعل مع البيئة ولا يلبي رغباته مما يؤدي إلى التأثير على مظاهر النمو الأخرى لديه .

إن الطفل الطبيعي يمر تطوره الحركي بمراحل تطورية مختلفة، حيث أن التطور الطبيعي للتحكم بالجسم يحدث بشكل تدريجي ابتداءً من الرأس وانتهاءً بالأطراف، ومن ثم يبدأ الالتفاف والانقلاب ثم الزحف والحبو ومن ثم الجلوس والوقوف وخيراً المشي والركض... إلخ

إن التطور الحركي لمعظم الأطفال الذين لديهم متلازمة داون يمر بنفس المراحل

عام يصدرهم أصوات مفاجئة عندما يحركون رؤوسهم أو يمدون أيديهم أو أرجلهم نتيجة للإثارة أو حث خارجي أو تكون تعبيراً عن حالتهم الداخلية والجسمية مثل الشعور بالبرد، الألم أو الجوع هذا ما يطلق عليه المناغاة ، أما الهديل عبارة عن إصدار أصوات واعية ذات مقطع واحد مثل (وا، با، تا....).

المدى العمري للتطور اللغوي في فترة التلحين للأطفال العاديون تمتد من (1 - 11) شهراً أما الأطفال الذين لديهم متلازمة داون تتأخر بشكل نسبي ومختلف من طفل لآخر فتمتد من (4 أشهر إلى 13 شهراً).

مرحلة الكلمة: وهي تعبر عن مقدرة الأطفال على إنتاج كلمة واحدة ذات دلالة مثل (أمبو، روح ، تعال ، هات ، لا) حيث أن التطور الطبيعي للأطفال العاديين تمتد من سنة إلى ثلاث سنوات أما الأطفال الذين لديهم متلازمة داون تتأخر هذه المرحلة حيث تظهر بين (18 شهراً إلى 10 سنوات).

مرحلة الجمل والكلام: هذه المرحلة تظهر قدرة الأطفال على التحدث مع الآخرين بمستويات مختلفة وتمتد في المدى العمري الطبيعي للأطفال العاديين بين ثلاث إلى سبع سنوات أما فيما يتعلق بالأطفال الذين لديهم متلازمة داون فإنهم يتأخرون كثيراً للوصول لهذه المرحلة وللأسف فإن معظمهم قد لا يصلون لها.

يجب علينا أن ندرك حقائق أساسية فيما يتعلق بأسباب اضطرابات اللغة والكلام لدى متلازمة داون ألا وهي انخفاض مستوى التوتر العضلي في كل من الوجه واللسان، ووجود نقص عقلي اجتماعي ونقص التناسق البصري الحركي.

لذلك فإن العلاج المكثف في وقت مبكر ممكن أن يجلب تطوراً ناجحاً للأطفال الذين لديهم متلازمة داون في عملية الكلام.

إن أهم وأول تدخل في تطوير لغة الأطفال الذين لديهم متلازمة داون يكون في البيت من خلال الوالدان بعد الإرشاد والتدريبات المقدمة من أخصائي اللغة

ويتعلم منها الأطفال الحركة الى الأمام والخلف من خلال عملية تناسق بين الأطراف السفلية والعلوية.

إن الأطفال الذين لديهم متلازمة داون يتأخرون في بلوغ هذه المرحلة لعمر (9 - 24) شهراً وتكون أرجلهم متباعدة وملتفة للخارج .

الحبو:

يتطور الطفل الطبيعي من مرحلة الزحف الى مرحلة الحبو بعد تزايد نمو الذراعين والجذع وازدياد المرونة الحركية لسلسلة الفقرات الظهرية وتمتد الفترة من عمر (7 - 10) أشهر تقريبا ، أما بخصوص الأطفال الذين لديهم متلازمة داون فإنهم يصلون لهذه المرحلة من (12 - 28) شهرا .

الوقوف:

إن الأطفال الطبيعيون يتقنون مهارة الوقوف من (9 - 13) شهرا أما الأطفال الذين لديهم متلازمة داون يقفون في عمر سنة الى ثلاث سنوات ونصف تقريبا وفي معظم الأحيان يتأخرون، فلا يجب إجبارهم على الوقوف وهم صغار تجنباً لحدوث مشاكل صحية أخرى كتقوس الركبة وإلتفاف الساق وذلك بسبب رخاوة أربطة المفاصل والأنسجة الداعمة لها.

المشي:

إن المدى الطبيعي لمرحلة المشي لدى الأطفال الطبيعيين تتراوح بين (11 - 15) شهرا وحيث أنها تمر بشكل تدريجي، مثلا مسك بعض الأثاث عند المشي ثم تركه وأخذ خطوة أو خطوتين وبعد ذلك يقع على الأرض وهكذا حتى يتقن مهارة المشي، أما الأطفال الذين لديهم متلازمة داون يمشون بمدى عمري (18) شهر الى (4) سنوات مع مراعاة الفروق الفردية والحالة الخاصة.

تطور الحركات الدقيقة:

إن تطور الحركات الدقيقة للأطفال الطبيعيين من عمر شهر الى 3 أشهر تظهر في مص الأصبع وتحريك رؤوسهم الى اليمين واليسار أما الأطفال الذين لديهم متلازمة داون يتأخرون في تحقيق هذه المهارات حتى الشهر الرابع.

إنجاز المهارات التي تتطلب استخدام الأصابع تظهر من عمر ثلاثة الى ستة أشهر للأطفال الطبيعيين، أما الأطفال الذين لديهم متلازمة داون يتأخرون في الوصول لهذه المهارات وذلك بسبب انخفاض التوتر العضلي في أيديهم فلا يستطيعون الوصول الى الأشياء والقبض عليها إلا إذا وضعت في متناول أيديهم، وأيضا غير قادرين على

استخدام أيديهم للأرتكاز ورفع الرأس بشكل كافٍ من وضع النوم على البطن.

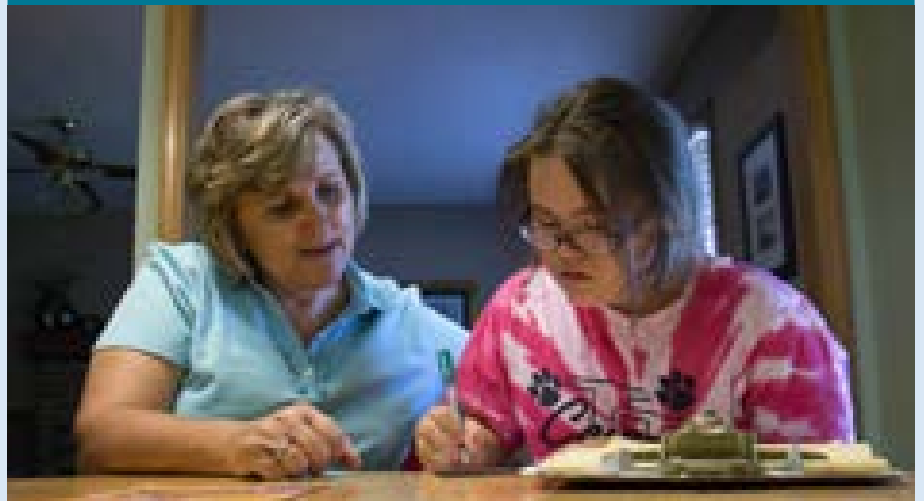
يصبح الأطفال الطبيعيون من عمر ستة أشهر الى سنة قادرين على الارتكاز على الأيدي ثم الارتكاز على يد واحدة واستخدام الأصابع وخصوصا اصبعي الأبهام والسبابة في الالتقاط ومسك الأشياء ووضعها في الفم وأيضا تظهر عندهم منعكس رد الفعل والحماية الأمامية، أما الأطفال الذين لديهم متلازمة داون في هذا المدى العمري يستطيعون الوصول الى الأغراض ومسكها بالأصابع كلها دون الأكتراث بالمحيط والألعاب وأيضا تتأخر لديهم منعكس رد الفعل والحماية الأمامية.

من عمر سنة الى عمر سنتين يستطيع الأطفال الذين لديهم متلازمة داون إلتقاط الأشياء الصغير بشكل أفضل وباستخدام إصبعين مع وجود ضغط بالسبابة ولكن تستمر عندهم عدم الإكتراث بالألعاب والملل منها بسرعة و يرفضون إجبارهم على اللعب، فيما لو قارنا تلك الأشياء بالأطفال الطبيعيين فإنهم يستطيعون القيام بأمور كثيرة منها.

يصبح الأطفال الطبيعيون من عمر سنتين إلى أربع سنوات قادرين على وضع قطعتين كبيرتين فوق بعضها بعضا أو إدخال حلقات في عامود أو بناء برج وبالإضافة الى أن بمقدرتهم شرب السوائل بواسطة مصاصة في كوب، يستطيعون تدوير المفتاح وإمسك القلم ورسم أشكال عشوائية.

إن التدخل المبكر لتطوير النمو الحركي للأطفال الذين لديهم متلازمة داون ذو أهمية كبيرة جدا بعد الولادة وخلال السنوات الأولى من عمرهم، لأنه من الطبيعي أن يولدون الأطفال وهم يعانون من مشاكل حركية التي ما تلبث أن تتعدل مع تطور النمو الطبيعي فإذا لم يسلك الطفل المنحنى الطبيعي للتطور فإن هذه المشاكل الحركية سوف لن تتعدل وستقف عائقاً أمام إكتسابه لمهارات حركية جديدة وبالتالي ستؤدي إلى قصور وظيفي حركي.

أن التشوه الجيني للأطفال الذين لديهم متلازمة داون لن يتغير، إلا أن التدخل المبكر من ناحية التعليم والتأهيل والرعاية منذ الطفولة ستسهم في تطوير النمو بجميع مجالاته وسيحسن من جودة الحياة لديهم مستقبلا.





على الرغم من أن التشوه الجيني للأطفال الذين لديهم متلازمة داون لن يتغير، إلا أن التدخل المبكر من ناحية التعليم والتأهيل والرعاية منذ الطفولة ستسهم في تطوير النمو بجميع مجالاته وسيحسن من جودة الحياة لديهم مستقبلاً.

المراجع :

Block M.E: Motor Development in children with Down Syndrome ,1991.

M.F.Y , J.K : Down Syndrome, 2002

<http://www.acofps.com/vb/show-thread.php?t=20285>

http://earlyinterventionoman.blogspot.ae/2009/02/blog-post_03.html

National Down Syndrome Society.org

الدكتور علاء الدين كفاي ، استاذ ورئيس قسم الإرشاد النفسي، جامعة القاهرة ، كتاب رعاية نمو الطفل

روحي عبدات، اخصائي نفسي تربوي، التطور الاجتماعي للأشخاص ذوي متلازمة داون ، مجلة عالي.

في بداية الطفولة على الرغم من التأخر في مهارات اللغة والكلام وذلك بسبب أنهم قادرين على التقاط وتفهم لغة الجسد والرسائل الموجهة لهم عبر المشاعر. وهذا ما قاد العديد من الباحثين للتأكيد على أهمية المهارات الاجتماعية الجيدة، فالتعاطف والكفاءة الاجتماعية المتوفرة عند أغلب الأطفال الذين لديهم متلازمة داون، تمكنهم من الفهم الاجتماعي الأفضل.

ويستمر النمو الاجتماعي للأطفال العاديون من عمر 3 سنوات الى 6 سنوات الي أن يصل الى النضج الاجتماعي ، ومن مظاهر النمو في هذه المرحلة:

- يؤكد الأطفال ذاتهم و يدركون أن لهم صفات تميزهم عن غيرهم.
- تطور اللعب عند الأطفال من لعب إنعزالي الى لعب مع الآخرين بتبادل الأحاديث وتلقى الملاحظات.

- تكثر محاولاتهم للكذب فمثلا الإجابة على كثير من الأسئلة بما يحقق مصلحتهم، ولو كانت الإجابة تخالف الحقيقة لغرض دفع العقاب عن النفس أو وقع العقاب على الغير .

إن التطور الاجتماعي للأطفال الذين لديهم متلازمة داون من عمر 3 الي 6 سنوات يعتمد في أغلب الأحوال على المزاج والشخصية والقدرات المعرفية واللغوية لديهم ، فمن ناحية المزاج والشخصية فبعضهم يميلون للخجل ويصعب عليهم إقامة علاقات مع الأصدقاء وآخرون ودودين واجتماعيين، فكثير من الدراسات المرتبطة بالأطفال الذين لديهم متلازمة داون أكدت أن السمات المزاجية والشخصية لديهم لا تختلف عن تلك التي تمت ملاحظتها عند الأطفال الطبيعيين، أما من ناحية القدرات المعرفية واللغوية فإن الأطفال الذين لديهم متلازمة داون أغلبهم يعانون من تأخر في النمو المعرفي (العقلي) واللغوي فيواجهون صعوبات في الأداء الاجتماعي، لذلك هم في حاجة الى مساعدتهم بفترات أطول من الأطفال الطبيعيين خلال مرحلة الطفولة.

التطور الاجتماعي عند الأطفال الذين لديهم متلازمة داون:

يبدأ التطور الاجتماعي من الأيام الأولى لحياة الطفل ، فهو لا يعرف القيم التي سيخضع لها وإنما سيتعلم كيف يسلك المسلك المناسب في الوقت المناسب والمكان المناسب أو الموقف المناسب وذلك من خلال تأثره بالبيئة المحيطة ، حيث أن هذا التطور الاجتماعي ينمو وفقا لمراحل نمو الطفل المختلفة ويتأثر بالتفاعل مع أطفال آخرين وبالثقافة السائدة بالأسرة .

إن النمو الاجتماعي للأطفال الطبيعيين من الميلاد الي ثلاث سنوات يرتبط بالأنشطة التي تشبع حاجاتهم الفسيولوجية ، فيتحول بالتدريج من مخلوق حي معتمد على أمه الي مخلوق اجتماعي يتفاعل مع بيئته تفاعلا سوياً، ومن مظاهر التطور الاجتماعي لدى الأطفال الطبيعيين في هذه المرحلة مثلا :

- الشهر الأول يستجيب للأصوات البشرية بتحريك شفثيه .
- الشهر الثاني يحرك رأسه لمصدر الصوت ويكف عن البكاء عند حملة.
- الشهر الثالث يبتسم عندما يرى شخص يبتسم له .
- الشهر الرابع يتعرف على أمه و يبكي عند تركه وحيدا ويكف عن البكاء عندما تحادثه أمه .
- الشهر السابع يميز استجابات الرضا والغضب ويستطيع التصفيق.
- نهاية السنة الأولى : يستجيب للنواهي ويخفي وجهه عن الغرباء.
- منتصف السنة الثانية: يمكن أن يعصي بعض ما يصدر إليه من أوامر إذا كانت لا تروقه.
- نهاية السنة الثانية: يستمتع بالمساعدة في أداء بعض الأعمال المنزلية ويفعل ذلك تأكيدا لذاته وليس تنفيذا لأوامر أحد.

إن التطور الاجتماعي عند الأطفال الذين لديهم متلازمة داون عادة ما يكون قوياً

واقع الفتيات والنساء المواطنات ذوات الإعاقة بدولة الإمارات العربية المتحدة - دراسة وصفية



لوحظ في العقود الأخيرة الاهتمام الواضح بقضايا المرأة عبر العالم، فهناك زيادة مضطردة في عدد المراكز والمؤسسات التي تعنى بدراسة شؤونها وحمايتها. ورغم هذا التقدم الملحوظ، إلا أننا نجد أن هنالك اهتمام محدود بموضوع الفتيات والنساء من ذوات الإعاقة. فعند مراجعة الأدب التربوي، نلاحظ عدم الالتفات إلى قضايا النساء المعوقات وذلك نظراً للافتراض السائد بأن مشكلات المرأة المعاقة تختلف عن مشاكل النساء العاديات. وهذا يعني نوع من التمييز تجاه النساء المعاقات خاصة في الدول النامية (المجلس الأعلى لشؤون الأسرة والمكتب التنفيذي، 2008). ويعتبر المؤتمر الرابع الذي عقد في الصين (1995) وتأسيس منتدى القيادة الدولي للنساء المعاقات في واشنطن في سنة (1997) بمثابة نقطة تحول نحو الاهتمام بقضايا المرأة المعاقة (أبو خليل، 2001).

التعليم المتوسط والجامعي، وفرص العمل المناسبة، وبالتالي تنقص فرص دمجهن في المجتمع، كما تنقص نسبة مشاركتهن الفاعلة في حياة المجتمع، بل إن بعضهن يتعرض للتمييز والعنف والاعتداء، كما تضعف فرصهن في الزواج، وتحقيق حياة كريمة أسوة ببقية أفراد المجتمع من غير ذوي الإعاقة (شحرور، 2016)، في حين أن المرأة المعاقة أحق بالرعاية والاهتمام، وأولى بمد يد المساعدة إليها، وتعزيز ثقها بإمكاناتها، وقدرتها على المشاركة في خدمة مجتمعها، وشد أزرها لتتجاوز الإعاقة وتعرضها للتمييز والتهميش (محمد، 2012). لقد تجاهلت العديد من الدراسات النساء

و/أو حركية. كما تشكل النساء ثلاثة أرباع الأشخاص المعوقين في البلدان ذات الدخل المنخفض أو المتوسط. وإن ما بين 56 % و 70 % من هؤلاء النسوة يعشن في المناطق الريفية البعيدة (اللقيس، 2005).

وعلى الرغم أن المرأة ذات الإعاقة تشكل أكثر من نصف حالات الإعاقة في المجتمع، إلا أنها -وكما تفيد الدراسات- لا تتلقى ما تحتاج إليه من خدمات صحية وتعليمية واجتماعية وتأهيلية مقارنة بالذكور بسبب عوامل اجتماعية عديدة، فالأمية تزداد في صفوف النساء ذوات الإعاقة، ولا يحصلن على الخدمات التأهيلية التعليمية المؤسسية الأساسية، وكذلك

تعتبر عملية تحديد نسبة النساء المعاقات عملية صعبة، وعادة ما يتم تقدير هذه النسبة بأقل مما هي عليه في واقع الحال. ويزداد الأمر سوءاً في المجتمعات المحافظة حيث يتولى الذكور مهمة الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بالنساء المعاقات. كما أن معظم الدراسات المتوفرة حول المعوقين قد تستثني النساء المعاقات أو إنها لا تعطي المعلومات الكافية، مما يؤثر على مستوى الخدمات والرعاية التي يمكن أن تقدم لهن. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، تشكل نسبة النساء المعوقات 10 % من عدد نساء العالم. فهناك حوالي 300 مليون امرأة وفتاة حول العالم تعاني من إعاقة عقلية



كما تزداد معاناتها نتيجة الاقصاء والعزلة الاجتماعية الذي تفرضها النظم والعادات الاجتماعية (آل ثاني، 2009). وهذا ما تؤكدته منظمة التأهيل الدولي من حيث أن المرأة المعاقة في المنطقة العربية والدول النامية تمثل بالتأكيد واحدة من أكثر الفئات تهميشاً في العالم، وذلك بسبب عدم تيسير الوصول إلى المدارس أو الخوف على سلامة المرأة أو مجرد الإهمال. كما إنهن يتعرضن للتمييز في قضية الزواج أو العمل (منظمة التأهيل الدولي، 2009). وتشكل



النساء المعاقات في عالمنا العربي أغلبية الفقراء والأمينين، فمنهن من يعمل لساعات أطول من الرجال مقابل أجور قليلة، كما انهن يتعرضن للعنف الجسدي والجنسي داخل وخارج المنزل وكذلك في بيئة العمل (المالكي، 2009).

وفي الإمارات العربية المتحدة على وجه الخصوص، فقد كفل دستور الدولة جميع الحقوق الخاصة بالأشخاص المعاقين بما في ذلك حقوق العمل والرعاية والتأهيل. فقد نص الدستور الإماراتي في المادة (16) على أن "يشمل المجتمع برعايته الطفولة والأمومة ويحمي القصر وغيرهم من الأشخاص العاجزين عن رعاية أنفسهم لسبب من الأسباب كالمرض أو العجز أو الشيخوخة أو البطالة الإجبارية، ويتولى كذلك مساعدتهم وتأهيلهم لصالحهم وصالح المجتمع....". كما

إضافة إلى احتمالات تعرضها للإساءة الجسمية كنتيجة لذلك التهميش (Doris, 2004). وعلى العموم، فإن حوالي 62% من النساء يعانين من خبرات الإساءة النفسية والجسدية، إلا أن النساء المعاقات تواجه مثل هذه الخبرات بشكل أكبر ولفترة زمنية أطول (Margaret et al, 2006). وتشير الإحصاءات إلى أن حوالي 54% من النساء يتعرضن للعنف بأنواعه المختلفة (Ann et al. 2005)

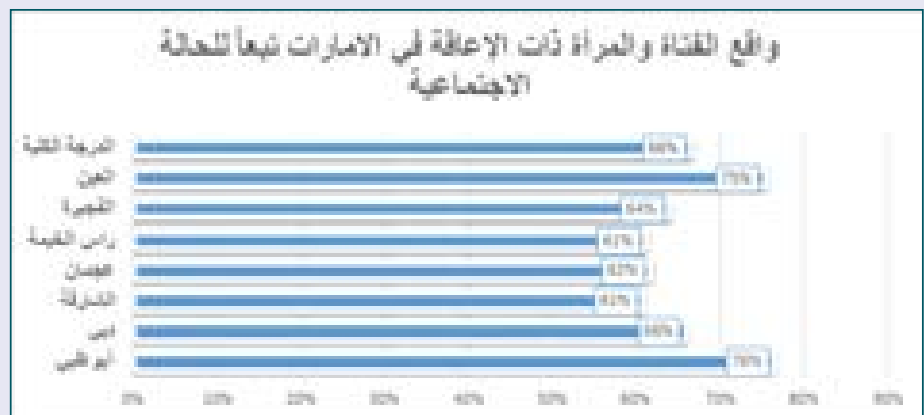
وعلى الرغم من التقدم الملحوظ في الدول الصناعية في مختلف مجالات الحياة، إلا أن واقع المرأة المعاقة ليس أفضل حالاً، فلا تزال الفروق في الدخل والتعليم والتوظيف موجودة بين فئات المجتمع المختلفة. ويعتبر الفقر والحرمان هما أحد دلائل هذا التمييز. فالمرأة المعاقة في تلك المجتمعات تعتبر أكثر عرضة للإساءة الجسدية والنفسية، وقد تقل فرص زواجها بسبب الوصمة الاجتماعية التي تعاني منها. وعلى

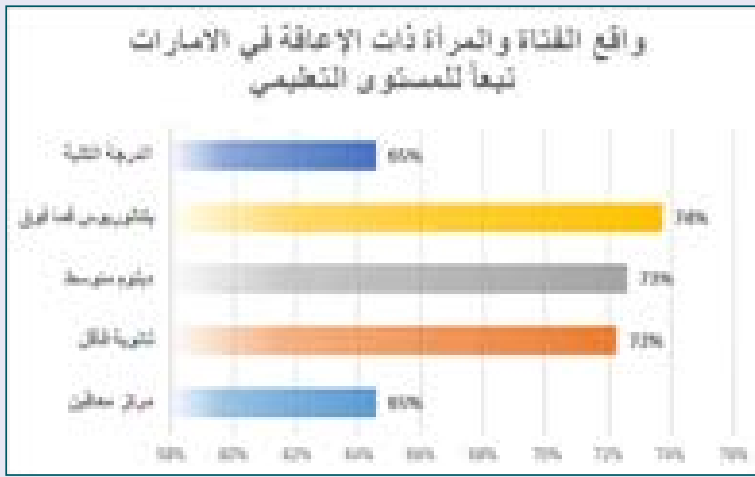
المعاقات، وانصبحت حول الإعاقة بشكل عام دون أن تتعمق في واقع الإعاقة والمشكلات الاجتماعية والاقتصادية والنفسية الناجمة عنها بالنسبة للمرأة المعاقة، ويبدو هذا الأمر أكثر وضوحاً في عالمنا العربي، حيث تندر الدراسات التي تعرضت لواقع المرأة المعاقة. فهي تعاني من التمييز مرتين: مرة لأنها معاقة ومرة ثانية لأنها امرأة. كما تواجه النساء المعاقات ما تواجهه النساء جميعاً من مشكلات، إضافة إلى انهن يواجهن صعوبات خاصة لا تواجهها النساء غير المعاقات والتي من أهمها: الحرمان من فرص التعليم والتأهيل والإرشاد والتدريب والعمل ومحدودية فرص الزواج والاندماج الاجتماعي ومحدودية الخدمات الصحية، إضافة إلى الفقر وسوء التغذية وسوء المعاملة (المجلس الأعلى لشؤون الأسرة والمكتب التنفيذي، 2008).

وبشكل عام، فإن المرأة المعاقة تعتبر أقل حظاً في الحصول على الخدمات الملائمة بالمقارنة مع الرجل المعاق. ويتضح واقع المرأة المعاقة التعليمي والاقتصادي في العالم من خلال ما أشار إليه برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP) إلى أن معدل النساء ذوات الإعاقة المتعلقات قد انخفض إلى حد 1% فقط. أما فيما يخص العمل، فتقدر الأمم المتحدة بأن 25% فقط من النساء ذوات الإعاقة في العالم يعتبرن في عداد القوى العاملة (اللقيس، 2005)؛ (DFID, 2000). وتكمن المشكلات التي تواجه المرأة المعاقة أيضاً في انخفاض الخدمات الصحية والاجتماعية والتعليمية والتأهيلية والتوظيف والدخل، مما يؤدي إلى عدم تحكمها بشؤونها الشخصية واعتمادها بدرجة كبيرة على الآخرين،

العموم، فإن تلك المجتمعات لازالت تعاني من العديد من العقبات التي تواجه المرأة المعاقة وتحول دون مشاركتها الاجتماعية (Emmett & Alant, 2006).

وتتضاعف معاناة المرأة المعاقة في عالمنا العربي لأسباب تتعلق بإعاقتها من جانب والنظرة السلبية نحوها من جانب آخر.





المعاقات. وانطلاقاً من التوجه نحو إدماج الأشخاص المعاقين في المجتمع وإشراكهم في مسيرة التنمية، وتأكيداً على حقهم في ممارسة الحياة بشكل طبيعي، وحرصاً على الارتقاء بواقع المرأة في المجتمع الإماراتي إنسانياً واجتماعياً واقتصادياً وثقافياً، فلا بد من التعرف على واقعها وتحديد مختلف المشكلات التي تواجهها في حياتها اليومية.

مشكلة الدراسة وأهميتها:

حظيت المرأة في مجتمع الامارات باهتمام الدولة من أعلى المستويات، فيما قُدمت الخدمات التأهيلية والعلاجية وغيرها للأشخاص ذوي الإعاقة عبر مراكز تأهيل المعاقين في الدولة من كلا الجنسين، وقد تناول الكثير من الباحثين واثع الخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة في الدولة، إلا أن هناك ندرة في الدراسات التي تناولت واقع المرأة المواطنة على وجه التحديد، ومدى إتاحة الفرصة لها لتلقي مختلف الخدمات، والمشاركة في الحياة المجتمعية أسوة بزملائها من ذوي الإعاقة أو غيرهم، وإن هذا النقص في الدراسات لا ينفي وجود تلك المشكلات التي تعكس الكثير من المعاناة التي تتعرض لها المرأة المعاقة في دولة الإمارات كغيرها من الدول العربية (المطروشي، 2005). لذلك جاءت هذه الدراسة كإضافة علمية جديدة للتعرف على واقع الفتيات والنساء المواطنات من ذوات الإعاقة في دولة الامارات. حيث تتلخص مشكلة الدراسة في إيجابتها عن السؤال التالي:

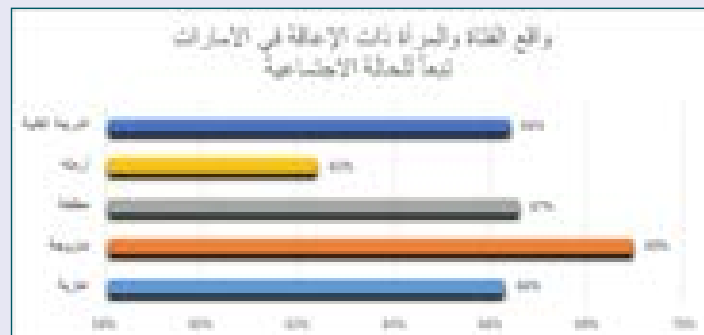
وقد صادقت دولة الإمارات في وقت سابق على اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة في أكتوبر من العام 2004 (الاتحاد النسائي العام، 2007).

وبالنسبة للإحصائيات في دولة الامارات، فقد اصدرت وزارة تنمية المجتمع حتى مرحلة إعداد الدراسة الحالية عدد () بطاقة معاق، من بينها لـ () فتاة وإمرأة من ذوات الإعاقة من مختلف الجنسيات، وبلغ إصدارات البطاقة للفتيات والنساء المواطنات ذوات الإعاقة () بطاقة

وفي ظل هذه الظروف والتطورات العالمية والاقليمية والمحلية فيما يخص المرأة المعاقة، فإن هذه الدراسة تستهدف الكشف على واقع الفتاة والمرأة المعاقة في المجتمع الإماراتي عبر التحقق من مشكلاتها الرئيسية التي تعكس احتياجاتها ومتطلباتها. ومما يزيد من أهمية الدراسة عدم توفر مثيلاتها في الأدب التربوي الإماراتي. فقد جرت العادة إجراء دراسات لواقع المعاقين بشكل عام دون النظر إلى خصوصية المرأة ويأمل الباحثون في أن تسهم هذه الدراسة في تطوير البرامج الملائمة للنساء والفتيات

نص القانون الاتحادي رقم 6 لسنة 1977 على مراعاة أوضاع وظروف الأشخاص المعاقين والعمل على مساعدتهم في تجاوز سلبات الإعاقة وذلك عن طريق إنشاء مراكز الرعاية وإتاحة فرص التأهيل وتسهيل دمجهم في الحياة. (الاتحاد النسائي العام، 2007). وبناء عليه، فقد ازدادت مراكز رعاية المعاقين بشكل مضطرد ، فمن مركزين للمعوقين في عام 1981 إلى 20 مركزاً في عام 2002، ومن حوالي (200) فرداً تشملهم الرعاية في عام 1981 إلى ما يزيد عن 2000 حالة (مركز زايد للتنسيق والمتابعة، 2003). وهذا ما حدا ببرنامج الأمم المتحدة الإنمائي إلى القول بأن دولة الإمارات العربية المتحدة قد حققت نهضة شاملة في مجال التنمية البشرية حيث احتلت المركز الثاني والأربعين من أصل 174 دولة في الترتيب العام لدليل التنمية البشرية لعام 1996 (مكتب نائب رئيس مجلس الوزراء لشؤون الإعلام، 2005).

وعند صدور القانون الاتحادي رقم 29 لسنة 2006م في شأن حقوق المعاقين، ضمن القانون مجموعة من الخدمات التأهيلية الصحية والتعليمية والتشغيلية والثقافية للمعاقين في دولة الإمارات ذكوراً وإناثاً وكذلك منحهم بطاقة المعاق التي بموجبها يستطيعون تلقي هذه الخدمات والحصول على التسهيلات اللازمة والمناسبة لطبيعة قدراتهم (وزارة الشؤون الاجتماعية، 2006). وقد أقرت تلك الحقوق أيضاً اتفاقية الأمم المتحدة في شأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والتي وقعت وصادقت عليها دولة الإمارات، حيث خصصت الاتفاقية الدولية المادة (6) لحقوق النساء ذوات الإعاقة واتخاذ التدابير اللازمة لمنع تعرضهن لمختلف أشكال التمييز. (الأمم المتحدة، 2006). هذا



التيسيرية المعقولة التي تضمن نجاحهن الأكاديمي.

تكتيف البرامج المهنية والتشغيلية وبرامج الادماج المجتمعي المقدمة لذوات الإعاقة في مرحلة ما بعد التخرج، بما يساعد على الاستقلال الاقتصادي والانخراط المجتمعي وتحقيق الذات.

توفير البرامج الارشادية والنفسية الاجتماعية للنساء ذوات الإعاقة اللواتي تعرضن لخبرات اجتماعية سيئة كالمطقات والأرامل، ومساعدتهن على بناء الذات، والاندماج في الحياة العامة.

توفير البرامج التوعوية والارشادية للفتيات ذوات الإعاقة، بما يضمن وعيهم بمستقبلهن من حيث فرص الزواج وبناء الأسرة وتربية الأطفال، والعلاقات مع الجنس الآخر ضمن العادات والتقاليد المجتمعية، والتربية الجنسية.

بناء ودعم الاتجاهات المجتمعية الإيجابية نحو الفتيات والنساء ذوات الإعاقة، كأفراد في المجتمع قادرات على المشاركة وتحمل المسؤولية، في مختلف المجالات التعليمية والتأهيلية والرياضية، ومجالات الثقافة والعمل.

تطوير برامج التأهيل المهني الموجهة للفتيات المواطنات ذوات الإعاقة بحيث تتناسب مع سوق العمل، مع الأخذ بالإعتبار المهن والأعمال التي تحظى بقبول مجتمعي في المجتمع الاماراتي، وتوعية الأسرة والمجتمع بأهمية برامج التأهيل المهني للفتيات ذوات الإعاقة.

إتخاذ الاجراءات والتدابير التي من شأنها تسهيل وصول المرأة المعاقة للعمل ومنافسة أقرانها من غير ذوات الإعاقة، وذلك تبعاً لمبدأ تكافؤ الفرص، ودعم تكيفها وتطورها الوظيفي.

العلاجي والتأهيلي، وكذلك الواقع التعليمي كفضل مجالات. أما بالنسبة للفروق في واقع المرأة المواطنة ذات الإعاقة تبعاً لمتغيرات الدراسة، فقد تبين أن إمارة أبوظبي بما فيها مدينة العين هي الأفضل بالمقارنة مع بقية الامارات تليها إمارة دبي، وأن نظرة ولي الأمر لواقع ابنته ذات الإعاقة هي أفضل من نظرة ابنته ذات الإعاقة، وأن واقع المرأة ذات الإعاقة البصرية هو الأفضل بالمقارنة مع بقية الإعاقات، إضافة إلى أن واقع المرأة المعاقة وظروفها التي تعيشها تتحسن تلقائياً كلما ارتقت بمستواها التعليمي.

وبناء على نتائج الدراسة تم تقديم مجموعة من التوصيات هي:

تحسين مستوى الخدمات المقدمة للفتيات والنساء من ذوات الإعاقات الذهنية والسمعية بما يتناسب مع احتياجاتهن وقدراتهن.

تطوير البرامج التعليمية والتأهيلية والاجتماعية التي تتناسب مع قدرات ذوات الإعاقات البسيطة والمتوسطة والهادفة إلى إدماجهن الكامل في المجتمع، وتلبية احتياجاتهن وتوقعات أولياء أمورهن التي تتعدى الجوانب العلاجية والرعاية.

دعم البرامج والخدمات المقدمة لذوات الإعاقة في مراكز تأهيل ذوي الإعاقة، وتسهيل وصول الفتيات والنساء ذوات الإعاقة إلى أعلى مراحل التعليم بما فيه الجامعي، تبعاً لقدراتهن، مع توفير الترتيبات

”ما واقع الفتيات والنساء المواطنات ذوات الإعاقة بدولة الإمارات العربية المتحدة؟“.

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى ما يلي:

1- التعرف على واقع الفتيات والنساء المواطنات ذوات الإعاقة بدولة الإمارات العربية المتحدة من وجهة نظرهن ووجهة نظر أولياء أمورهن.

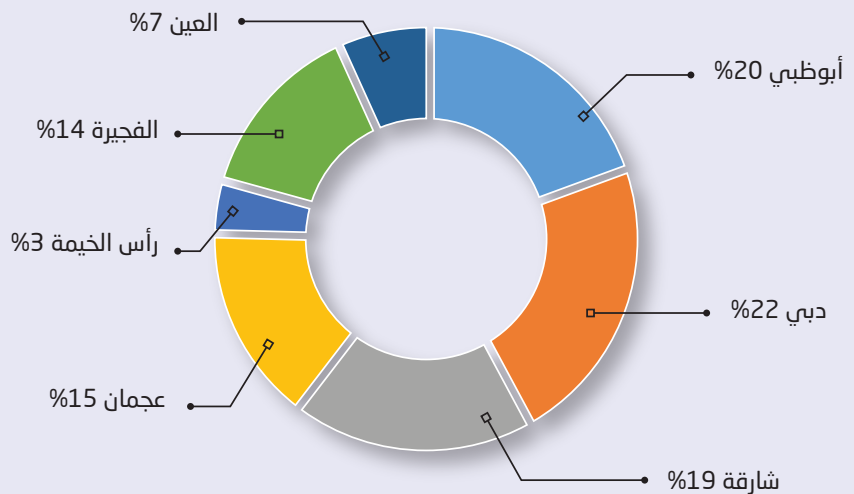
2- التعرف على الفروق في الواقع الذي تعيشه الفتيات والنساء ذوات الإعاقة تبعاً لمجموعة من المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية والتأهيلية.

3- تقديم توصيات من شأنها النهوض بواقع الفتيات والنساء المواطنات ذوات الإعاقة في الدولة.

ولتحقيق أهداف الدراسة، فقد تم إعداد أداتين للدراسة، أحدهما موجهة إلى أولياء الأمور، والأخرى موجهة إلى ذوات الإعاقة، وقد تم تطبيق أدوات الدراسة المعدة من قبل إدارة رعاية وتأهيل ذوي الإعاقة بوزارة تنمية المجتمع على عينة مقدارها (51) من الفتيات والنساء ذوات الإعاقة، و(185) من أولياء الأمور.

نتائج الدراسة:

وأظهرت نتائج الدراسة أن واقع تشغيل المرأة المعاقة في سوق العمل هو الأكثر تدنياً بالمقارنة مع المجالات الأخرى، يليه الواقع الاجتماعي، فيما ظهر الواقع



العلاج الوظيفي في مجال التربية الخاصة



ليان جمعة

أخصائية علاج وظيفي - الإمارات العربية المتحدة

أمراض الولادة التطور و النمو

- حالات منذ الولادة أو في مرحلة الطفولة : الشلل الدماغي ، متلازمة داون وإصابات الحبل الشوكي
- التأخر العقلي بجميع درجاته وصعوبات التعلم
- مشاكل فسيولوجية وجسدية:
- إعاقات إثر الإصابة بأحد الأمراض أو حادث : التهاب المفاصل "الروماتيزم" والسكتة الدماغية و الحروق وحالات قطع أوتار اليد وإصابات الرأس.
- أمراض الجهاز التنفسي والقلب والشرابين
- أمراض الجهاز العصبي

العلاج الوظيفي هو تخصص يعنى بإعادة تأهيل أي شخص لديه مشاكل عقلية، جسدية، تنموية، اجتماعية، عاطفية تمنعه من أداء دوره في حياته اليومية بحيث انه يقوم بتحسين مستوى أداء الفرد ليكون فعالاً ومنتجاً على أكبر قدر ممكن.

2. الأنشطة الترفيهية (ما يحب ان يفعله الفرد في وقت الفراغ كالقراءة و الرسم.....الخ)

3. مهارات العمل و التأهيل المهني

الفئات التي تتلقى خدمات العلاج الوظيفي

- العلاج الوظيفي مجال واسع ومتشعب ويقدم خدمات شاملة لجميع الافراد من سن الولادة إلى سن الشيخوخة

جوانب العلاج الوظيفي

هدف العلاج الوظيفي ان يساعد الفرد على ان يقود حياة منتجة و مستقلة و مرضية بالنسبة له على اكبر قدر ممكن

- يعنى العلاج الوظيفي ب 3 جوانب رئيسية للفرد:

1. أنشطة الحياة اليومية مثل الاكل الشرب.....الخ

الاضطرابات السلوكية والنفسية :

- سلوكية مثل:النشاط الحركي الزائد والتوحد
- الاضطرابات الذهانية والفصام والعصاب

الفئات الحرجة :

- كبار السن و الفئات التي تكون عرضة للإصابة بإصابات العمل

الفرق بين العلاج الطبيعي والوظيفي

- وللتفريق بين اختصاص العلاج الطبيعي واختصاص العلاج الوظيفي (بالعمل)، ففي العلاج الطبيعي يتم تمرين أو تقوية عضلات ووحدات الحركة في المريض لمساعدته مثلاً للتنقل من السرير إلى الكرسي المتحرك والانتقال منه لمرحلة المشي بالعكاز أو دونه. في ما ان العلاج الوظيفي أو المسعى بالعلاج بالعمل: يحاول فيه المختصون إعادة المريض إلى قدراته ومهاراته العامة خصوصاً تلك التي تسخر له القيام بالحركات اليومية كالشرب والأكل واللبس ، بما يؤهله لممارسة حياته اليومية باستقلالية سواء باستخدام الأجهزة أو من دونها.

العلاج الوظيفي و التربية الخاصة

أما مهام أخصائي العلاج الوظيفي بمدارس التربية الخاصة وفقاً لما ورد في دليل القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة فهي على النحو التالي:

أولاً: المشاركة في التعرف على التلاميذ ذوي الإحتياجات التربوية الخاصة ضمن الفريق المختص.

ثانياً: القيام بالتقويم الشامل للتلميذ بهدف التعرف على احتياجاته من خدمات العلاج الوظيفي.

ثالثاً: المشاركة في إعداد وتنفيذ وتقييم ومتابعة الخطط التربوية الفردية للتلاميذ.

متى يتم تحويل الطفل إلى العلاج الوظيفي؟

وجود مشاكل حسية مثل:

- فرط الحساسية للمس، حركة، أو أصوات
- تركيز قليل، يتشتت بسهولة
- يتعثّر بسهولة
- أكل عدد محدود من الاطعمة المختارة

- المشي على أصابع القدم

صعوبات في المهارات الحركية الدقيقة / الكتابة والرسم

- صعوبة في تركيب الأشياء و "puzzles"

- الأطفال الذين تزيد أعمارهم على الأربعة سنوات الذين لا يزالو لا يستخدمو يد واحدة ثابتة

- صعوبات في صف الخرز ، في 3 سنوات من عمر الطفل يجب أن يستطيع الطفل عمل سلسلة من خرز متوسط الحجم

- صعوبات في الاعتماد على النفس عند الاكل ، الشرب و اللبس

وفيما يلي العمر المناسب للمهارات الكتابية.

- 2 سنة: يرسم خط عمودي وأفقي
- 3 سنوات: نسخ دائرة
- 4 سنوات: يرسم مربع
- 5 سنوات: نسخ مثلث
- 6 سنوات: نسخ معين
- صعوبات في استخدام المقص بعد عمر 3 سنوات



موزة سيف الدرمكي
مركز الفجيرة لتأهيل ذوي الإعاقة
الإمارات العربية المتحدة

أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد

يعد ميلاد طفل جديد في الاسرة حدث سعيد للغاية، حيث أشار الله عز وجل في كتابه العزيز إلى أن المال و البنون زينة الحياة الدنيا، لذا يتلهف الابوان لولادة ذلك الطفل ويقضون فترة التسعة أشهر يرسمون صوراً في أذهانهم لذلك الضيف القادم (شكله، ملامحه، طريقة لعبه، المدرسة التي يودان إلحاقه بها، ومستقبله). ويبدأن بتوفير احتياجاته قبل الأوان تلهفاً لقدمه .

حالة الطفل، فيشخص الطفل تارةً على انه اضطراب نفسي، وتارةً على أنه تخلف عقلي، وتارةً أخرى على أنه مس و حسد. و تستمر حالة الطفل في التدهور، وتواصل الأسرة تحمل الضغوط المادية و المعنوية، مع ظهور شعور بتزعزع ثقتهم بأنفسهم وتقديرهم لذاتهم.

ردود فعل الوالدين عند اكتشاف الإعاقة :

تعتبر لحظة اكتشاف إصابة الطفل بالتوحد لحظة حاسمة لدى الوالدين وأفراد الأسرة عامة، خصوصاً الأم التي تقع عليها المسؤولية الكبرى. وتتمثل ردود الفعل التي تظهر لدى والدي الطفل ذو اضطراب التوحد منذ لحظة إدراك وجود الإعاقة وحتى مرحلة التقبل في عدة مراحل أساسية هي:

1. الصدمة Impact: تبدأ الصدمة عندما

حصولها على تشخيص ابنها قالت: "عندما عرفت بأن ابني معاقاً احساست بأن شيئاً ما بداخلي قد مات، شيء أعرف تماماً بأنه لن يعود إلى الحياة أبداً".

ويشير بعض المختصون إلى أن التوحد من أكثر الإعاقات التي تستجر الكثير من الضغوط لما يحيط به من غموض. حيث تتحمل الأسرة الكثير من الصعوبات لا سيما في المرحلة التي تسبق الحصول على التشخيص الدقيق. حيث يولد الطفل طبيعياً لا تظهر عليه أي من علامات الشذوذ طيلة السنتين الأوليين من حياته. ومع منتصف العام الثاني تبدأ علامات التوحد بالظهور، ويبدأ الطفل بفقدان المحصول اللغوي السابق و المهارات الاجتماعية، وينغمس في عزلة وسلوكيات نمطية شاذة. ويتحول ذلك الهدوء والحركات الجذابة إلى صمت وصراخ يدفع الوالدين إلى التنقل بين العيادات والاختصاصيين لمعرفة سبب تغير

ولادة طفل غير عادي في الأسرة :

تتبدد في بعض الأحيان جميع الأحلام وتتحول الآمال إلى آلام، وتختل جميع الصور المثالية السابقة لذلك الوليد عندما يأتي بإعاقة أو مرض ما، تتطلب عناية ورعاية وتعامل خاص ليس كبقية الأطفال. وتمثل ولادته صدمة شديدة لأفراد الأسرة، حيث تتحطم تلك الطموحات، ويسود جو من التوتر و الدهول وتبادل الإتهامات، والرجع بالذاكرة للوراء لمحاولة تذكر الأسباب، ويمتد الأمر إلى انخفاض مستوى الرضا عن الذات و الانعزال وتقليص العلاقات.

فلا يستطيع أحد أن يتصور مدى شدة الصدمة و الألم الحقيقيين للذات يشعر بهما الوالدان عند استقبالهما نبأ إعاقة ابنهما (وخصوصاً الأم)، ففي عبارة ذكرتها إحدى الأمهات عند سؤالها عن لحظة

فإن الفرد سوف يصل إلى نقطة يعجز فيها عن الاستمرار في المقاومة، ويدخل في مرحلة الانهالك ويصبح عاجزاً عن التكيف بشكل كامل.

أخوة الطفل ذو اضطراب التوحد:

وعلى الرغم من أن هذه الضغوط لا تظهر عند جميع أشقاء أطفال التوحد ، إلا أنه يجب على الوالدين الانتباه إلى هذه المشكلات. ومن بينها:

أ. في سنوات ما قبل المدرسة:

يظهر على الاخوة في هذا العمر بعض العلامات الدالة على تأثرهم بإعاقة أخيم، ومن بينها:

- الشعور بالغيرة من أخيم التوحيدي نتيجة حجم الاهتمام المقدم له من قبل الوالدين.
- قد يشرع بعض الاخوة في التراجع في بعض الجوانب، كالكلام بطريقة غير ناضجة أو تبلييل الفراش على الرغم من تعلمهم لتلك المهارات سابقاً ليحفظوا باهتمام الأهل .
- قد يصبحون هم انفسهم أو أغراضهم الخاصة هدفاً لنوبات الهياج والعنف من أخيم، ولأنهم لا يملكون الطريقة الملائمة في هذا السن للتعبير عن مشاعرهم، فإنهم قد يشعرون بالغضب والامتعاض منه وكثرة الشكوى من تصرفاته.

ب. في سن المدرسة:

- قد يسيء بعض الأطفال التصرف عن عمد لجذب انتباه والديهم المركز حول أخيم.
- قد يشكو بعض الأطفال للقريبين منهم من عدم حب الوالدين لهم ويعتبرون ذلك نوعاً من الاجحاف والظلم.
- وقد يداهم بعض الاخوة الخوف من انتقال عدوى التوحد لهم من أخيم، ويتمثل ذلك في عدد من التساؤلات التي تطرح على الآباء وتتطلب منهم إجابات مقنعة وذكية.

التوحد للعائلة هائلة جداً خاصة بالنسبة للأم. ومهما كان مقدار عطائها عظيماً، فإن الطفل يظل بحاجة للمزيد، ويزداد شعور بقية الأبناء بعدم الإهتمام من قبل الأم التي تركز معظم وقتها لرعاية طفلها ذو اضطراب التوحد .

وتعتمد طبيعة استجابة أسرة الطفل ذو اضطراب التوحد للضغوط على عدد من العوامل أهمها الإمكانيات المتوفرة للأسرة والتي تجعلها أكثر قدرة على التعايش مع الإعاقة.

وغالباً ما يتعرض آباء الأطفال ذوي الإعاقة بشكل عام لضغوط نفسية وجسمية ومالية تجعل أطفالهم أكثر عرضه لإساءة المعاملة والإهمال والإيذاء الجسدي.

ويزداد تأثير الضغوط التي يفرضها وجود الطفل المعاق على الأسرة مع تقدمه في العمر وزيادة متطلباته الحياتية، و بظهور المشكلات السلوكية التي تجلب التوتر للوالدين كالنشاط الزائد والعدوان وإتلاف الممتلكات، والتي تؤثر على العلاقة بين الوالدين وطفلهما التوحيدي والكيفية التي يتابعان بها نموه وتطوره، وينظمان بها بيئته.

مراحل الضبط النفسي:

وتبرز الأعراض كما ذكرها سيللي على ثلاث مراحل هي:

أ. مرحلة رد الفعل: هنا يستدعي الجسم كل قواه الدفاعية لمواجهة الخطر. وهي عبارة عن مجموعة من التغيرات العضوية الكيميائية، فترتفع نسبة السكر في الدم، ويتسارع النبض ويرتفع الضغط الشرياني، ويكون بالتالي الجسم في حالة استنفار وتأهب من أجل التكيف مع الضغوط المهدد.

ب. مرحلة المقاومة: هنا تبدأ مرحلة الأعراض السيكوسوماتية عندما تعجز قدرة الإنسان على مواجهة المواقف. ويؤدي التعرض المستمر للضغوط إلى اضطراب التوازن الداخلي، مما يحدث مزيداً من الإفرازات الهرمونية المسببة للاضطرابات العضوية.

ت. مرحلة الإجهاد: فإذا طال تعرض الفرد لضغوط متعددة لفترة أطول،

يبدأ الأهل بالشك بوجود خلل ما في تطور الطفل، وتصل أشدها عندما يثبت التشخيص ذلك. فيصاب الأبوان بالذهول، ورفض تصديق أي شيء.

2. الإنكار Denial : ويظهر بأشكال عدة، منها أن الآباء يبدؤون بالتسوق بين الأطباء أو أخصائيي التشخيص أملاً في الحصول على تشخيص آخر، أو إرجاع السبب إلى مس أو عين أصابت الطفل، ويظهر ذلك أيضاً من خلال حديث الأم عن طفلها بأنه هادئ وذكي ولا يحتاج مساعدة كبيرة.

3. الإسقاط : حيث يسقط كل من الوالدين أفكاره المؤلمة على الآخر. فإذا كان الأب غير مهتم بالابن يبدأ باتهام الزوجة بتقصيرها في تربية ابنها، أو الطبيب الذي أخطأ في وصف دواء ظهرت بعده هذه الحالة على الطفل.

4. الآلام النفسية والأسى Criefing: يسود في هذه المرحلة الشعور بالذنب وتأنيب الضمير، وهو استجابة انفعالية لعملية التقدير الفعلي لما حدث والوعي به. وعلى الأخصائي إعطاء الوالدين فرصة للتعبير مع تجنب إعطاء أي تعليق قد يكون له أثر سلبي على الوالدين.

5. التوجه للخارج Focusing Outward: وهي بداية تطلع الأسرة للجهات المتوفرة لمساعدة الطفل. مع البحث عن حالات مشابهة لحالة ابنهم للتعرف على البرامج والخدمات التي يمكن تلقيها.

6. التقبل Re conciliation: وهنا يستمر الأسى ولكن بحدّة معقولة، بالإضافة لتفاعلها اليومي مع الطفل لتلبية حاجاته، مما يخلق لدى الوالدين نوع من الفهم لطبيعة التوحد و كيفية التعامل مع الطفل، ويمكن القول أنهما بذلك قد وصلوا لمرحلة التقبل.

مستوى الضغوط التي تتعرض لها أسرة الطفل ذو اضطراب التوحد:

تشير إليزابيث ستانلي (Elizabeth Stanley,2001) إلى أن الضغوط التي يجلبها الطفل ذو اضطراب

ت. في مرحلة المراهقة:

- قد يخجل الأبناء في هذه المرحلة من تصرفات أخيم التوحيدي في المواقف العامة أو عند دعوة أصدقائهم الى المنزل، حيث أن تصرفاته غير الطبيعية تثير استغراب وانتقاد الآخرين.
- توقع الوالدين منهم ان يكونوا أكبر من عمرهم وحثم الدائم على تحمل المسؤولية والمساعدة في رعاية أخيم.
- القلق والتفكير بشأن توقعات الوالدين المستقبلية لهم، وهي الاستمرار في رعاية أخيم ذو اضطراب التوحد.
- المعاناة من الإهمال، وأن منزلهم يعيش في حالة فوضى وصراخ مستمر.
- الأمر الذي قاد إلى ظهور بعض الاتجاهات الداعية إلى ضرورة تدريب إخوة الأطفال ذوي اضطراب التوحد لما له من أثر إيجابي على الاستقرار الأسري وتوفير دعم الأشقاء. ففي دراسة بحثت فاعلية دعم الإخوة الأشقاء للإخوة المصابين باضطراب التوحد، كان عدد المشاركون في الدراسة 26 شخص من الأشقاء الذين تتراوح أعمارهم بين 6-16 عاماً، وقد هدفت إلى دراسة مدى معرفة الإخوة الأشقاء باضطراب التوحد، ومفاهيمهم عن أخوتهم المصابين باضطراب التوحد، ومفاهيم عن الذات وعن التكيف مع المشكلات. وأشارت النتائج إلى أن مفاهيم الذات لدى الأشقاء ومعرفتهم بالتوحد قد تحسنت بشكل ملحوظ، والذي ظهر من خلال الفروق بين المقاييس القبلية والبعدية.

أهم مصادر الضغوط النفسية لدى أسرة الطفل ذو اضطراب التوحد:

- ومن أهم مصادر الضغوط النفسية التي يتعرض لها والدا الطفل ذو اضطراب التوحد، والتي ليس بالضرورة أن تكون موجودة جميعها أو بعض منها لدى جميع أسر الأطفال ذوي الإعاقة ما يلي:
1. الضغوط المالية: نتيجة المصروفات التي تصرف لقاء التقييمات

1. التشخيص والبرامج البيتية والبرامج العلاجية المتنوعة والعمليات الجراحية والرعاية اليومية وتكاليف الأجهزة والأدوات الخاصة والمواصلات والتي تكلف الأسرة مبالغ طائلة بالإضافة إلى تأثير النواحي المالية على مستوى الخدمات و القدرات المعرفية والادراكية لدى الطفل ذو اضطراب التوحد كونها تحد من قدرة الآباء على إيجاد فرص تعلم مناسبة وإيجاد بيئات تعليمية محفزة نتيجة ارتباط الخدمات المتميزة بالكلفة المرتفعة.
2. الضغوط المعرفية: لنقص المعلومات لدى الوالدين عن الاضطراب، وعدم توفر إجابات لعدد كبير من الأسئلة مع ندرة المراجع والمجلات العلمية المتخصصة.
3. الضغوط الاجتماعية وعدم توفر مصادر الدعم: للشعور بالتباعد بين أداء الطفل ومستوى أقرانه والتفات الناس وتركيزهم على سلوكيات ذلك الطفل، مما يقود إلى تحسس الوالدين من طلب الدعم والاستشارة من الآخرين. إضافة إلى حرج الوالدين من بعض سلوكيات طفلهم في الأماكن العامة.
4. الضغوط لجهل الآباء بسبب السلوك : تشير الدراسات إلى أن آباء الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون إنهماكاً أكبر من آباء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية أو غيرها من الإعاقات. حيث لا يعبر الطفل ذو اضطراب التوحد عن احتياجاته بالطريقة المعتادة أو التي نتوقعها.
5. الضغوط الانفعالية: فنجد بعض الأمهات في إجهاد مستمر بسبب نوم طفلها المتقطع ومحاولة إطعامه سلسله متنوعة من الطعام أو بسبب تغير ولو بسيط في روتينه اليومي مما يجهد الأم بدنياً ونفسياً والذي لا يوافقه توفر مصادر الدعم الكافية.
6. ضغوط الدور الوظيفي للوالدين: في هذه الحالة غالباً ما ينشأ صراع بين الأدوار الأسرية والأدوار الخارجية التي

- يفرضها العمل والأنشطة الاجتماعية مع صعوبة في التوفيق بينهما.
7. ضغوط متعلقة بالمشكلات الأسرية: بسبب كثرة الأعباء واللوم الموجه للطرف الآخر مما يزيد الخلافات وحالة التوتر داخل الأسرة، ويميل الأب أحياناً إلى الانسحاب.
 8. ضغوط متعلقة بمستقبل الطفل: كاستغراق والدي الطفل في التفكير بما إذا كان الطفل سيقبل في المدرسة ويستطيع التعلم كأقرانه أم لا، وهل سيظل على الوضع الحالي عندما يكبر أم أنه سيتحسن؟!.
 9. ضغوط متعلقة بإخوة الطفل ذو اضطراب التوحد: حيث أشارت نتائج الدراسات إلى وجود قصور في العلاقات الاجتماعية بين الإخوة العاديين وأخواتهم من ذوي اضطراب التوحد. كما يحسون بالاستياء نتيجة إهمال الاهتمام بهم من قبل الوالدين لانشغالهما بأخيم التوحيدي وحاجاته.
 10. ضغوط متعلقة بالمشكلات السلوكية الظاهرة على أطفال التوحد: هناك عدد من المشاكل السلوكية الرئيسية، التي كثيراً ما نقابلها لدى أطفال التوحد والاضطرابات النمائية المماثلة والتي غالباً تكون ملفتة للآخرين وتعتبر سبب لعزلة الطفل والأهل عن الاجتماعات العامة، وهي:
 - إيذاء الذات: مثل عض اليدين أو خبط الرأس، أو عمل خدوش في الجلد.
 - نوبات الغضب: حيث يغضب الطفل التوحيدي لأسباب لا يرى الآخرون أنها تحدث الغضب، وقد لا يكون الطفل على دراية بتبعييده للموقف إلا في وقت متأخر.
 - العدوانية الموجهة نحو الآخرين: كالانقضاض لضرب الآخر أو سحب الشعر أو البصق.
 - الإخلال بالنظام أو الفوضى: مثل رمي الأشياء، تكسير المكان، الصراخ المستمر.
 - التكرارية: كالتكرار اللانهائي للأفعال أو الكلمات أو الأصوات، ويبدو واضحاً

1. ايجاد هيئة متخصصة ذات منظومة متكاملة تحاول الإلمام بجميع جوانب هذا الاضطراب الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والتعليمية ، وتضم كل الجهات الحكومية والأهلية التي لها علاقة بهذا الاضطراب وبالأسرة.
2. الإهتمام بجودة التشخيص وتوفير مراكز تشخيص متقدمة.
3. الحصول على تقييم شامل وموضوعي للطفل.
4. توفير برامج ومراكز تدخل مبكر متخصصة لأطفال التوحد ذات كادر مؤهل لأهميته في العلاج.
5. المشاركة في وضع البرامج التربوية للطفل والحصول على تعليم أقرب من التعليم العادي.
6. تشكيل مجموعات الدعم والمساندة في كل قطاع، ويتم توجيه الأسر إلى هذه المجموعات بعد التشخيص مباشرة ليتم احتواء الأسرة وتثقيفها بطبيعة الاضطراب وخصائصه والاجراءات اللازمة.
7. توفير خدمات الإرشاد النفسي والزيارات المنزلية لمساعدة الوالدين على تطوير المهارات اللازمة للعمل بفاعلية مع أبنائهم التوحدين.
8. أن تدعم الدولة الأسر من ناحية نفقات التشخيص والبرامج التدريبية والعلاجية لارتفاع تكاليف هذه البرامج، خصوصاً وأن هذا الجانب يثقل كاهل الوالدين ويقف عائقاً أمام التدريب و اختيار نوعية البرامج.
9. تجهيز المدارس العامة بأدوات وكوادر بشرية مؤهلة تدعم الخدمات التربوية وتمهد لدمجهم في التعليم العام.
10. الحصول على معلومات كافية عن المهنيين الذين يقومون بتقديم الخدمات لأطفالهم و محتوى المناهج والطرق المستخدمة في التقييم و مستوى التقدم الذي أحرزه أطفالهم
11. الاهتمام بالتدريب المهني المتخصص لحالات التوحد وإيجاد فرص عمل تناسب مع طبيعة إعاقاتهم.

التنبؤ بها والسيطرة عليها لما ينتج عنها من آثار سلبية. وتؤثر الأحداث الضاغطة والحالة النفسية التي تستجرها على عدة مستويات في شخصية الفرد منها:

- المستوى الفسيولوجي: حيث أن زيادة الضغوط واستمراريتها لفترة من الزمن لدى الوالدين قد تترجم بشكل أعراض عضوية من مثل (ضغط الدم، قرحة المعدة، أمراض القولون، أمراض القلب، السكري، الصداع النصفي، اضطراب إفراز الغدة الدرقية ، الطفح الجلدي).
- المستوى العقلي: حيث يعاني الآباء والأمهات تحت الضغط النفسي من زيادة في إفراز بعض الأنزيمات التي تؤثر على الوظائف العليا للدماغ ويؤدي إلى تشوش في التركيز ، وعدم الانتباه، النسيان وضعف الذاكرة، التبدل وعدم القدرة على اتخاذ قرار سليم عند الحاجة، الأفكار والوساوس السلبية.

1. على مستوى السلوك: حيث تظهر علامات الضغوط على سلوك الوالدين في شكل: الإنفعال السريع وارتفاع مستوى الصوت على الأبناء ، الميل للغضب والعنف عند مصادفة أي عائق يحول دون تحقيق رغباتهما، الميل للعزلة والإبتعاد عن الناس، الإهمال أحياناً في مظهر الشخص العام، لتركز اهتمام الأب أو الأم على احتياجات الطفل ، وعدم القدرة على تنظيم الأوقات وتقسيم المسؤوليات مما يشعر بقية الأبناء بعدم إهتمام الأم بهم.

مطالب أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

إن بعض التشريعات المحلية والدولية أقرت جملة من الحقوق والاحتياجات المتعلقة بقضية التربية الخاصة ومطالب أولياء أمور ذوي الإعاقة ، ومن تلك المطالب التي تتكرر دائماً في جميع المحافل ما يلي:

- في الرفرفة المستمرة والتحليق في حركة اليدين والأصابع بطريقة غريبة.
- مشكلات النوم: نتيجة خلل في إنتاج مادة ميلاتونين المنتجة من قبل الغدة الصنوبرية في الدماغ. والذي يسبب قلة النوم وتقطعه والسهرة نتيجة عدم رغبة الطفل في النوم. وقد تكون للأطفال طقوسات مختلفة أثناء النوم، فبعضهم يرغبون في ترك النور مضاء، وبعضهم يحبون الهزهزة، وآخرون يريدون اللف بالملاية بطريقة معينة.
- اضطرابات العناية الذاتية: كمسكلة التحكم في الإخراج التي تمثل مشكلة كبيرة يعود السبب فيها إلى تأخر اكتساب القدرة على التحكم. كذلك هناك مشكلة مقاومة الاغتسال وارتداء الملابس التي تعاني منها الأمهات، وتتطلب فترة من التدريب المكثف.
- سلوكيات مفقودة لدى ذوي اضطراب التوحد: مثل نقص الدوافع ، تجنب الاحتكاك مع الآخرين ، قصر مدى الانتباه أثناء المهمة، عدم القدرة على تقبل التغيير في الروتين.
- 11. ضغوط متعلقة بخصائص الاضطراب لدى طفل التوحد:
- أ- العمر الزمني عند ظهور الاضطراب: كلما تقدم عمر الطفل كلما أصبح العبء أكبر على الوالدين. ويتشكل لديهم خوف وقلق على مستقبل ذلك الطفل.
- ب- شدة الاضطراب: كلما زادت شدة الاضطراب كلما كانت مشاكل الوالدين أكثر تعقيداً.
- ت- طبيعة الأعراض الظاهرة على الطفل: كلما كانت الأعراض ملفتة للعيان، وتختلف باختلاف البيئة كلما زاد ذلك من توتر الوالدين وعزلتهما.

أثر الضغوط النفسية على الوالدين:

يؤمن الباحثون الذين يدرسون الضغوط النفسية بأن المواقف المسببة للضغوط تكون سبباً للتدمير إذا لم يستطع الشخص

فلنغير سوياً حياة ملايين البشر من ذوي الإعاقة



د.موسى شرف الدين

عضو اللجنة التنفيذية للتحالف الدولي لمنظمات المجتمع المدني
لدعم أراضيات الحماية الإجتماعية - لبنان

الإعاقة للتولوج إلى الى العمل والمكوث فيه. كما تساهم في الحد من والتقليل من حالة الفقر لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم.

إن أجهزة ومنظومات الحماية الإجتماعية غالباً ما تواجه تحدي شمول الأشخاص ذوي الإعاقة لوجود عوائق سياسية وبيئية وإجتماعية بالإضافة إلى انها ترتبط غالبا بأنها تستهدف وأحيانا ترتبط بإعتبارات أن الأشخاص ذوي الإعاقة لا يستطيعون العمل. ومن أجل ضمان توفر حماية إجتماعية ذات قيمة للجميع يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الوصول الفعال إلى منظومات الحماية الإجتماعية أسوة بسواهم من أفراد المجتمع إضافة إلى المنظومات التي تستجيب لحاجاتهم المتعلقة بإعاقاتهم والتي تستوجب تكلفة إضافية. تعمل منظمة العمل الدولية لتضمن شمولية أجهزة الحماية الإجتماعية ودعم إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل وفي المجتمع.

لكي نضمن أن الأشخاص ذوي الإعاقة لن يهملوا

يشكل الأشخاص ذوو الإعاقة 15 % من سكان العالم، وأكثرهم يعيشون في الدول النامية حيث تكون نسبة الفقر أعلى لدى الأشخاص ذوي الإعاقة ويواجهون العوائق الإجتماعية والبيئية للحصول على عمل لائق.

إن برامج الحماية الإجتماعية تستطيع لعب دور حيوي في ضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على توفير ضمان دخل فعال للحصول على الرعاية الصحية وتلبية كافة حاجاتهم المتعلقة بالإعاقة. وترتكز تلبية حاجاتهم المتعلقة بالإعاقة على دعم الدخل، والخدمات الصحية والتأهيلية، وإنخراطهم في سوق العمل. وستوفر هذا البرامج أرضية صلبة للكثيرين من الأشخاص ذوي



ضمان الحقوق والنهوض بالدمج الإقتصادي

للأشخاص ذوي الإعاقة الحق بالحماية الإقتصادية. ويتأكد ذلك الحق من خلال المواثيق الحقوقية، بما في ذلك الإتفاقية الدولية حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وكما تورد توصية منظمة العمل الدولية رقم 202 لعام 2012 فإن أرضيات الحماية الإقتصادية تساهم في تطبيق ذلك الحق عن طريق توفير الحد الأدنى من الحماية الإقتصادية للجميع وفقاً لمبدأ عدم التمييز والإستجابة للحاجات الخاصة. وتعمل منظمة العمل الدولية عالمياً مع جملة من الشركاء لدعم تطبيق هذه الأطر بحيث تكون شاملة الأشخاص ذوي الإعاقة ودعم الدول في ضمان أجهزة الحماية الإقتصادية فيها لكي تكون مستجيبة لوضعيات الأشخاص ذوي الإعاقة وتنهض بإدماجهم. والعمل على منظومات الحماية الإقتصادية يكمل جهود منظمة العمل الدولية لضمان تكافؤ الفرص في عالم العمل كما في المعاملة

ضمان مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في وضع سياسات الحماية الاجتماعية

وعلى سبيل المثال في الفلبين "من الضروري مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في النقاشات الوطنية حول الحماية الاجتماعية لأن بإمكانهم في ذلك المساهمة في إبراز خبراتهم والحديث عن الصعوبات التي تعترضهم يومياً. ولذلك يجب إيلاء أهمية بالغة في كيفية تمثيل الأشخاص ذوي الإعاقة نظراً لتنوع حاجاتهم وتنوع إعاقاتهم وتنوع مواقعهم الجغرافية... وغير ذلك. وهذا يتطلب خبرة عميقة في التحدث وفي العمل مع الأشخاص ذوي الإعاقة في مسارات الحياة المختلفة. وذلك تحد لعملية تشارك المعرفة والمعلومات لأنه سيؤثر على ما ستكون عليه الحماية الاجتماعية. وعلينا كذلك تأكيد حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على البرامج والخدمات التي هي جزء من أرضية الحماية الاجتماعية، والتأكد من توفر خدمات الدعم حيث يتحتم وجودها.

المشاركة الفعالة:

وهنا يكمن بيت القصيد. إن توفير خدمات الدعم وأرضيات الحماية الاجتماعية للأشخاص يمكن أن تكون عبر آلية مترابطة:

- إستحواد الأشخاص ذوي الإعاقة على حزمة من القسائم المالية (الشيكاك) لشراء حاجاتهم المتنوعة من المرجع الحكومي ذو الصلة بإعاقة. سلف مالية أو أقساط مدارس (معاهد مهنية، جامعات، دراسات عليا) أو الحصول على علاجات تأهيلية (علاج فيزيائي علاج وظيفي علاج نطقي)، الحصول على وسيلة نقل (إنتقال بوسائل النقل العام برا وبحرا وجوا)، الحصول على سكن وتأثيثه، أو الطبابة (معاينات طبية وأسنان وأدوية وفحوصات) أو الإستشفاء أو السفر أو الترفيه، قروض للعمل الحر، قروض للزواج إلى ما هنالك من أمور معيشية.

- التسوق للحصول على مقدمي الخدمات لشرائها ويمكن أن تكون الجهة التي تقدم الخدمات المذكورة: من القطاع العام أو القطاع الخاص مثل وزارات ودوائر الحكومة والبلديات والبنوك والمدارس والجامعات والمعاهد والعيادات التأهيلية والمستشفيات والمستوصفات ومراكز الفحص والصيدليات والمختبرات والمجمعات السكنية ومختلف وسائل النقل والسفر والمرافق السياحية والترفيهية وغير ذلك من الجهات التي تقدم الخدمات بما فيها الماء والكهرباء والصرف الصحي وغير ذلك.

- التنافس في الجودة وفي التكلفة: إن توفر القسائم (الشيكاك) بيد الشخص ذو الإعاقة يتيح له حرية شراء الخدمة بالسعر الأوفر والجودة الأفضل مما يلزم كافة مقدمي الخدمات من القطاعين العام والخاص بتحسين نوعية الخدمات وكميتها لجلب المتسوقين (الأشخاص ذوي الإعاقة). وذلك يضمن مشاركة فعالة في رسم سياسات ونظم الحماية الاجتماعية من حيث التحكم بكمية ونوعية الخدمات المطلوبة لتوفير معيشة لائقة للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرتهم. إن تحكم الأشخاص ذوي الإعاقة في آليات الحصول على الخدمات على أنواعها يعتبر شراكة فعلية في رسم سياسات الحماية الاجتماعية.

وكما يبدو واضحاً إن العمل وفق توصية منظمة العمل الدولية وإعتماد السياسات الاجتماعية من شأنه أن يضمن الحياة الحرة الكريمة لكافة أفراد المجتمع بدءاً من سن الطفولة مروراً بسن بمرحلة الإنتاجية والعمالة لكافة من هم في سن العمل بغض النظر عن جنسهم وجنسياتهم وعرقهم وقدراتهم وموطنهم الأصلي ومقر هجرتهم أو نزوحهم وصفاتهم الاجتماعية ومعتقدهم (كافة الفئات الضعيفة والمهددة والفقيرة بما فيهم الأشخاص ذوي الإعاقة) وصولاً إلى سن الشيخوخة وضمان نوعية حياة لائقة للجميع.

وقد أدرجت معظم مكونات أرضيات الحماية الاجتماعية ضمن أهداف التنمية المستدامة لعام 2030.



صحة الفم والأسنان للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية

إنتصار إبراهيم حماد

مركز التدخل المبكر - دبي- الإمارات العربية المتحدة

تزايد إهتمام المجتمعات الإنسانية في نهاية القرن الماضي بقضية تربية وتعليم وتأهيل ذوي الإحتياجات الخاصة، كما تزايد الإهتمام بتوفير فرص النمو والتعلم لهم حيث أولت معظم المجتمعات الحديثة إهتماما كبيرا بهذه القضية من خلال تبنيها لمبدأ تكافؤ الفرص لجميع الأفراد وحققهم في الإدماج في نشاطات المجتمع المدني في شتى المجالات، وأصبحت تشريعات معظم الدول تنص على حقوقهم في الرعاية الصحية والخدمات التعليمية والتأهيلية أسوة بأقرانهم العاديين وفي البيئة الطبيعية قدر الإمكان. وقد أطلق على هذه الفرص والبرامج التربوية اسم برامج التربية الخاصة التي تسعى إلى الكشف عن الأطفال غير العاديين، وإعداد البرامج التربوية والتعليمية وتنفيذها بطرائق تدريبية خاصة وتزويدها بالوسائل التعليمية والتقنيات الخاصة وإعداد برامج الوقاية من الإعاقة والتهئية المهنية ، بهدف مساعدتهم على تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن، وتحقيق ذواتهم ورفع مستوى تكيفهم ما أمكن.

بالأسنان ، وقابلية التأثر السريع ، ونقص في العناية المتخصصة لهم . كما ينتشر لدى المعاقين عقليا مشكلات صك الأسنان ، ومشكلات مضغ الطعام ، كما أن تراكم اللويحة الجرثومية ، والتهاب اللثة يزداد مع زيادة درجة الإعاقة ، وهؤلاء الأطفال هم أكثر تعرض من غيرهم للأصابة بأمراض الفم وذلك بسبب تناولهم أنواع خاصة من الغذاء والأطعمة اللينة ، أو بقاء افواههم مفتوحة طول الوقت والتنفس عن طريق الفم وليس الأنف وأهم من ذلك عدم قدرتهم على استخدام فرشاة ومعجون الأسنان بمفردهم.

ويمكن وصف الحالة الفمية للأفراد ذوي متلازمة داون بما يلي :

- تسوس الأسنان بدرجات متفاوتة .
- زيادة احتمالية الإصابة بأمراض اللثة الشديدة .
- جذور السن قصيرة ومخروطية .
- تدلي اللسان
- ضخامة اللسان وتشققه .
- سوء إطباق الفكين .

- ضيق الحنك
- سيلان اللعاب

وتشير الأدبيات المختلفة ، والخبرة العلمية المتعلقة بالخدمات العلاجية لأسنان المعوقين عقليا إلى أن هذا المجال يواجه العديد من المشكلات ومنها :

- صعوبة الوصول للرعاية السنية الملائمة
- عدم وجود أطباء أسنان حاصلين على التدريب كاف في مجال التعامل مع المعاقين عقليا .
- قلة وعي أهل المعوق عقليا بأهمية الرعاية السنية ، وعدم إعطائها أولوية.
- ويعاني المعوقون عقليا من مشكلات

عقليا ، وكذلك معاناتهم من مشكلات خلع الاسنان أكثر من إصلاحها، بينما وجد باحثون آخرون بأن نسبة إنتشار تسوس الأسنان لدى المعوقين إعاقة عقلية شديدة، والموجودين في مراكز الإقامة الدائمة أقل ، وذلك بسبب القلع المبكر للأسنان التالفة ، وبسبب وجبات الطعام قليلة السكر التي تقدمها مؤسسات الإقامة.

وتُعد مشكلة التهاب اللثة من المشكلات الأخرى التي يكثر إنتشارها بين المعوقين عقليا، حيث تقدر نسبة إنتشارها بين المعوقين عقليا بين 60 % - 90 % مقارنة بنسبة 28 % - 75 % في المجتمع بشكل عام بينما يواجه كل من المعاقين الأكبر عمرا والذين يعانون من متلازمة داون نسبة إتهاب أكبر وقد يكون سبب ذلك الأدوية المرتبطة بجفاف الفم، التي يستخدمها المعوقين عقليا، أو بسبب معاناتهم من مشكلات سنية أكثر من العاديين ، لذا يظهر لديهم هذه المشكلات في اللثة الناتجة عن عدم العناية

وسأشير في هذا المقال الى حاجة خاصة بالأفراد المعاقين عقليا وهي الحاجة الى الخدمات الصحية ومن ضمن هذه الخدمات المهمة (صحة الفم والأسنان للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية).

وتعد هذه القضية من القضايا التي كثر الحديث عنها في الأدب التربوي وأجري عليها العديد من البحوث، وذلك لما لها من آثار بالغة على نوعية الحياة للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية. كما أنها تسبب مشكلات في الأكل والكلام والشعور بالألم واضطرابات في النوم والغياب عن العمل والدراسة، كما أنها تؤثر في تقدير الذات كما يعاني المعوقون عقليا من مشكلات في صحة الفم والاسنان أكثر من العاديين ، وترتبط هذه المشكلات بشدة الإعاقة، وأسبابها والعمر.

وأشارت بعض الدراسات ومنها دراسة نواك Nowak في العام 1984 إلى أن مشكلات فقد الأسنان وحشو الأسنان منتشرة أكثر عند المعوقون



عدم التزام هذه الفئة بتعليمات الطبيب في أثناء العلاج، وعدم المحافظة على المواعيد بسبب المشكلات الصحية مما يؤدي لجوء الأطباء إلى خلع السن بدلا من معالجته، بالإضافة إلى عدم معرفة الأهالي والمربين بمواقع مركز تقديم الخدمات العلاجية، وعدم ملائمة معدات عيادات الأسنان، مثل: الكراسي ومعدات التشخيص والعلاج، وعدم رغبة أطباء الأسنان في التعامل مع مرضى يعانون من الإعاقة العقلية، إذ أثبتت الدراسات بأن 50 % من طلبة تخصص الطب أشارو إلى عدم تلقيهم تدريب عيادي للعناية بالمعوقين ذهنياً.

التعامل مع الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية في عيادات الأسنان:

تنصح المؤسسة الأمريكية للأسنان أطباء الأسنان التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية مع مراعاة احتمالية حدوث النوبات، وكذلك مراعاة ضيق المجرى الأنفي، كما قد يتم استخدام المسكن في ضبط قلق المريض،

الأهالي ومقدمي الرعاية أنفسهم من الذهاب لعيادة الأسنان وخوف الأهالي من نظرات واتجاهات الناس في عيادة الأسنان .

وتوجد معوقات تتمثل في وصول المعوقين عقليا لعيادات الأسنان نظراً لعدم تمتعهم بالإستقلالية للذهاب وحدهم من دون مرافق، وتوجد أيضاً المعوقات المالية وذلك بسبب التكلفة الباهظة لعلاج الاسنان للمعوقين ذهنياً والوقت الإضافي في العلاج لهذه الفئة وكون هذه الفئة تعد فئة غير عاملة، ومن المعوقات الأخرى التي تمنع حصول المعوقين ذهنياً على علاج أسنان ملائم،

تؤثر في الوصول للخدمات السنية ، التي تتعلق بأطباء الأسنان ، وهي :

- عدم وجود أطباء أسنان حاصلين على تدريب كاف في مجال التعامل مع المعوقين ذهنياً .
- خوف أطباء الأسنان من أنهم سوف يؤذون الشخص المعوق عقليا .
- اعتقاد أطباء الأسنان بوجود أشخاص آخرين قد يقومون بتقديم هذه الخدمات .

وأيضاً هنالك معوقات تتعلق بالخوف، وهي خوف الأهالي من عدم وجود طبيب أسنان ليعالج أسنان أبنهم ، وخوف

تنصح المؤسسة الأمريكية للأسنان أطباء الأسنان التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية مع مراعاة احتمالية حدوث النوبات، وكذلك مراعاة ضيق المجرى الأنفي، كما قد يتم استخدام المسكن لضبط قلق المريض، وفي الحالات الصعبة قد يتطلب علاجاً تحت التخدير العام.





مع تجنب تفسير الأسباب وتدريبه على ممارسات عملية لإتمام الخدمات الفموية السنية، وعدم إعطائه مفاهيم تتعلق بهذه الخدمات، وينصح بإتباع الأسلوب التالي: أخبره، أعرض له إضافة الى استخدام التعزيز الإيجابي والمديح اللفظي.

الإبتسامة الصحية لكل طفل وتبدأ العناية بفم الطفل وأسنانه من خلال زيارة طبيب الأسنان، وفحص اللثة والفم ليضع الخطة الوقائية حسب احتياجات الطفل.

- تكييف البيئة المناسبة في عيادات الأسنان من حيث (الكراسي، المعدات) بحيث تكون ملائمة لتقديم الخدمة العلاجية للأفراد ذوي الإعاقة الذهنية.

- ضرورة تواصل الأخصائيين والمشرفين في المراكز مع الأطباء لتطوير استراتيجية صحة الفم والأسنان لأفراد ذوي الإعاقة الذهنية.

- ضرورة تخصيص مواد تدرس لطلبة الطب بالجامعات لتأهيلهم كيفية التعامل والعناية بالمعوقين عقليا.

- الإهتمام بمجال العناية الذاتية خاصة العناية بصحة الفم والاسنان من قبل الأخصائيين للأطفال المعوقين ذهنيا الموجودين في المراكز.

- ضرورة إعداد برامج تلفزيونية خاصة لنشر الوعي بأهمية صحة الفم والأسنان لذوي الإعاقة الذهنية.

- الوقاية من أمراض الفم والأسنان من خلال العناية التي توفر

وفي الحالات الصعبة قد يتطلب علاجاً تحت التخدير العام،

ويجب التواصل مع طبيب الأسرة والمربين للتعرف على التاريخ الطبي، ولتقديم خدمة فمية ملائمة والحصول على الموافقة والتأكيد من النظافة السنية اليومية. وعند التعامل مع الإعاقة الذهنية البسيطة يجب مراعاة تقليل الأرتباك مع توجيه توضيحات قصيرة ولغة بسيطة.

مع تجنب تفسير الأسباب وتدريبه على ممارسات عملية لإتمام الخدمات الفموية السنية، وعدم إعطائه مفاهيم تتعلق بهذه الخدمات، وينصح بإتباع الأسلوب التالي : أخبره، أعرض له إضافة الى استخدام التعزيز الإيجابي والمديح اللفظي.

وعند التعامل مع ذوي الإعاقة الذهنية الشديدة يجب مراعاة تقديم تفسيرات بسيطة وقصيرة ومتكررة وباستمرار، مع الممارسة العملية بشكل أكثر والتعزيز الإيجابي بشكل مكثف ويمكن اللجوء الى تقديم العناية المدعمة للحب والحنان واستخدام الحزم اللطيف ويمكن اللجوء إلى التخدير العام.

ونوصي في نهاية هذا المقال بعض التوصيات التي من شأنها أن تنعكس ايجابيا في تأثيرها على الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية ومنها:

- حق الطفل الذي لديه إعاقة ذهنية بالرعاية الصحية.

- توعية أسر المعوقين عقليا بأهمية الرعاية السنية، والأهتمام بنظافة أسنان طفلهم.

- ضرورة عقد دورات تدريبية عيادية لأطباء الأسنان على انشطة البرامج الحديثة والمختلفة التي تراعي كيفية التعامل مع الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية.

الموسيقى لذوي الإعاقة

نحو دور أكثر فاعلية للنشاط الموسيقي
في مراكز رعاية وتأهيل ذوي الإعاقة

عاصم خليلي

مدرس تربية موسيقية - الإمارات العربية المتحدة



يجب تصحيح النظرة التقليدية السائدة حالياً عن دور الموسيقى وطريقة تقديمها لذوي الإعاقة، فالهدف الأساسي من النشاط الموسيقي في مراكز ذوي الإعاقة، يجب أن يكون تسخير التقنيات التي تعتمد على الموسيقى في مساعدة الطلاب وتحفيزهم على استكشاف وتطوير مهاراتهم الحركية، وتعزيز مهاراتهم اللغوية والنطق ومهارات التواصل والتعبير عن المشاعر. وليس الهدف هو تدريس الموسيقى كمادة تعليمية بما فيها من قواعد ومبادئ وتلقين، إلا في حال توفرت الظروف الملائمة لذلك على نطاق فردي فقط.

وللوصول إلى فاعلية أكبر للموسيقى في هذه المراكز، يجب توظيفها بحيث تكون رافداً و مساعداً للتخصصات العلاجية في المركز، كالعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق والعلاج النفسي وغيرها، وكذلك لتكون داعماً للمواد الصفية بمختلف أنواعها، كما يجب الابتعاد عن كل ما هو تقليدي وروتيني في الأساليب

دور استثنائي، لاي توقف عند حدود التلقين والترفيه أو الدراسة العلمية - كما يحدث غالباً الآن - بل تتخطى هذا الدور لتصبح أداة ووسيلة ذات فاعلية كبيرة في مساعدة ذوي الإعاقة على تجاوز التحديات التي تعترضهم أو للتعايش بشكل أفضل مع هذه التحديات والصعوبات.

تلعب الموسيقى في جميع المراحل التعليمية دوراً بارزاً مهماً اختلقت الأعمار، فتأثيرها على الفرد سواء كان طفلاً أو يافعا أو راشداً، هو تأثير كبير من نواحي عديدة، إذا تم توظيفها بشكل صحيح مبرمج لتأدية وظيفة محددة. ولاشك أن الدور الذي يمكن أن تلعبه الأنشطة الموسيقية في مؤسسات رعاية وتأهيل ذوي الإعاقة هو

3. التقنيات واستراتيجيات العمل:

كل طفل هو حالة مستقلة في جميع المجالات، فهو مختلف في شخصيته، ومختلف في قوته الجسدية ومختلف في تنوع احتياجاته، وبالتالي فإن العمل معه، سواء كان بشكل فردي أو جماعي، يحمل كمّاً كبيراً من الإحتمالات ويتطلب تنوعاً في التقنيات، لذلك فليس ثمة وصفة سحرية يمكن تطبيقها على الجميع لضمان النجاح. إنما توجد العديد من التقنيات والخطط التي تساعد ذوي الإعاقة على المشاركة في أنشطة الموسيقى بشكل أكثر فائدة وأكثر فعالية، بعضها مخصص لنوع محدد من الإعاقة وبعضها الآخر يتمتع بمرونة أكبر لتطبيقه على شريحة أوسع من المعاقين، وفي الفقرات التالية استعراض مختصر ومبسط لبعض أفضل هذه التقنيات التي تتميز بقدر كبير من المرونة تتيح تطبيقها وتعديلها بما يلائم مختلف أنواع الإعاقات.

الإعاقة الذهنية

ظهرت فعالية الأنشطة الموسيقية المتنوعة في تطوير وتنمية كثير من النواحي، مثل التفاعل والاندماج في المجتمع والتواصل والمهارات اللغوية وتركيز الانتباه وإتباع الإرشادات وتطوير الذات واكتساب المعرفة واستخدام الحواس، إلى جانب النواحي الجسدية كالتناسق الحركي والمهارات الحركية. ويمكن لهذه الفئة الاستفادة من التطبيقات المتنوعة

وإيجاد أفضل السبل للوصول إلى الغاية المنشودة، وطبعاً لا بد من وجود قدر كبير من الثقة بالنفس مما ينعكس بشكل إيجابي على تجاوب الطلاب وتعاونهم واهتمامهم بما يقدمه لهم، أما أهم الميزات التي يجب أن يتحلّى بها مدرس الموسيقى لذوي الإعاقة، فهي الرغبة في تطوير الذات والاطلاع على آخر الدراسات والبحوث المتعلقة بطبيعة عمله، و بالتالي ابتكار تقنيات جديدة وأساليب جديدة، وكل هذا من شأنه رفع الأداء وتحسين النتائج.

2. الطلاب:

هناك إجماع في أوساط التربويين وعلماء النفس، بأن الإنسان موسيقي بالفطرة، وأنه يولد ذواقاً للموسيقى ويتفاعل معها بشكل تلقائي منذ اللحظات الأولى في حياته، بل حتى قبل أن يولد، فهو يتجاوب مع الموسيقى وهو ما يزال جنيناً في بطن أمه. وأن كل ما يتوصل إليه الإنسان من مهارات وقدرات موسيقية مميزة خلال حياته من عزف وتأليف إنما هو تطوير وتنمية لهذه الفطرة الموسيقية.

يمكن القول بثقة، أن الأطفال يندفعون بشكل تلقائي إلى كل ما يتعلق بالموسيقى ويتفاعلون معها بشكل فوري وإيجابي، وإن هذا الإندفاع والتفاعل - بخلاف نواحي التطور الأخرى - لا يتأثر سلباً بالصعوبات أو الإعاقات التي لديهم، وهذه هي الورقة الرابحة التي يلعب بها إختصاصي الموسيقى لبلوغ هدفه والوصول إلى أفضل النتائج.

المعتمدة حالياً في المدارس لتعليم الموسيقى وتقديمها للطلاب، فالغاية الرئيسية من وجود مادة الموسيقى في مراكز ذوي الإعاقة يجب أن تكون استعمالها كأداة فعالة في مساعدة الطالب على التغلب على المصاعب التي يواجهها والتأقلم معها أو حتى الشفاء منها في إطار من الترفيه والتسلية والنشاطات المحببة، وليست الغاية هي تعليم الطالب الموسيقى بما فيها من قواعد وتمارين، أو تعليمه العزف على آلة موسيقية بالأساليب التقليدية، فهذه الممارسات غير مجدية إلا في حدود ضيقة جداً ولا تؤدي إلى الغاية المرجوة في جعل النشاط الموسيقي فعالاً ومجدياً.

على النشاط الموسيقي في مراكز ذوي الإعاقة أن يأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات الخاصة للطلاب سواء بشكل جماعي أو فردي، وبناء عليه يتم تصميم برنامج خاص لكل فئة أو لكل فرد يتلاءم مع احتياجاته وتحدياته ويساعد على تطويعها والسيطرة عليها. وقد ثبتت فعالية وجدوى الأنشطة الموسيقية وتوظيف الموسيقى في النواحي العلاجية لجميع التحديات التي يمر بها الطالب، مثل الصعوبات الحركية، وصعوبات النطق، وصعوبات التواصل الاجتماعي، والصعوبات النفسية والفكرية والعاطفية.

لتحقيق أفضل النتائج في هذا المضمار، يجب الأخذ بعين الاعتبار التكامل بين ثلاثة عوامل رئيسية هي:

1. مدرس الموسيقى:

رغم التنوع الكبير في الخلفية العلمية والدراسة الأكاديمية التي يتمتع بها كل مدرس للموسيقى، وكذلك إختلاف أنواع التدريب التي تلقاها والتخصص والخبرات في مجال تدريس ذوي الإعاقة، فهذا لا يمنع أن يحرص على الإهتمام بعدة نواحي ضرورية لتسهيل عمله وتوجيه الأمور إلى مسارها الصحيح، ومن أهم النواحي التي ينبغي التركيز عليها هي القدرة على تبسيط الأمور وتحليلها والتعامل بسلاسة مع المواقف والظروف والنظر إليها بزاوية واسعة، كذلك لا بد من وجود الإبداع والمخيلة الخلاقة للتغلب على الصعوبات

يمكن القول بثقة، أن الأطفال يندفعون بشكل تلقائي إلى كل ما يتعلق بالموسيقى ويتفاعلون معها بشكل فوري وإيجابي، وإن هذا الإندفاع والتفاعل - بخلاف نواحي التطور الأخرى - لا يتأثر سلباً بالصعوبات أو الإعاقات التي لديهم، وهذه هي الورقة الرابحة التي يلعب بها إختصاصي الموسيقى لبلوغ هدفه والوصول إلى أفضل النتائج.

الإعاقة السمعية

إن إنعدام التواصل هو نقص خطير في العلاقات الاجتماعية والبشرية، وهي الصعوبة الأكبر التي يواجهها من لديهم إعاقات سمعية، ففي حين تعتبر الإعاقة البصرية حاجزا بين الفرد والأشياء من حوله، فإن الإعاقة السمعية هي حاجز بين الفرد والأشخاص الذين حوله، وبالتالي فهي ذات تأثير كبير من الناحية النفسية وتكوين الشخصية، وبسبب ذلك يتم تركيز الأنشطة الموسيقية التي يشارك بها من لديهم إعاقة سمعية على هذه النواحي، أي النواحي النفسية وكل ما من شأنه أن يكون مسبا لها مثل صعوبة التعبير والتواصل وغير ذلك، أو ناتجا عنها مثل الإنطواء ونقص الثقة بالنفس.

يهمل كثير من المتخصصين دور الموسيقى في حياة المعاقين سمعياً، لإعتقادهم بأنه ليس لها تأثير يذكر، ولكن هذا غير صحيح، فهم منفتحون جداً للموسيقى ويمكنهم الإحساس بها والتمتع بها أيضاً كما أنهم يقبلون عليها بشغف كبير كنوع من التعويض، لأن طبيعة الموسيقى غير معقدة كطبيعة الكلام وهي تجد طريقها إلى قلوبهم بشكل أسرع وأكثر تأثيراً، إضافة إلى أنها موجودة في الطبيعة الإنسانية، فالإنسان منذ الولادة يتفاعل غريزياً مع إنسياب الألحان ومع الإيقاعات الموسيقية، وهذا هو الدافع على إبتكار التطبيقات المختلفة لمساعدة المعاقين سمعياً على التعايش مع وضعهم والتأقلم معه وتجاوز الموانع التي قد تمنعهم من التواصل مع باقي الناس.

وفي هذا السياق، لابد من الإشارة أيضاً إلى ضرورة التعاون والتشاور المستمر والوثيق بين مدرس الموسيقى وإختصاصي الإعاقة السمعية في المركز، للوصول إلى أفضل الممارسات مع الأخذ بعين الإعتبار لدرجة الإعاقة السمعية لدى كل طالب وطبيعتها.

إضافة إلى ماورد، فإن تعلم العزف على آلة موسيقية يحدث تأثيراً إيجابياً من ناحية الحالة النفسية وغيرها من المشاكل الناتجة عن الإعاقة السمعية، ولابد من الإشارة إلى أن لذوي الإعاقة السمعية

لمن لديهم إعاقات جسدية، ولم يقتصر هذا التأثير على فئة عمرية محددة، فقد نجح مع الأطفال والمراهقين والكبار أيضاً ممن لديهم إعاقات جسدية مختلفة بجميع أشكالها ومسبباتها، وذلك لما للموسيقى من تأثير تحفيزي يخفف المقاومة ويزيل الخوف وعدم الرغبة في أداء التمارين العلاجية، لأنها تساعد على التخفيف من الألم أو عدم الراحة أو الإحراج، فالخوف من الألم أو الفشل أو التسبب بأذى هو السبب الرئيسي في عزوف المصابين بهذه الإعاقات عن أداء التمارين الحركية.

يمكن استخدام كثير من تقنيات الأنشطة الموسيقية للمعاقين حركياً في تطوير وتعزيز وظائف العضلات والمفاصل، وفي تحسين المجالات الحركية الكبيرة والدقيقة وزيادة السيطرة والتنسيق الحركي وزيادة مساحة الحركة وتقوية العضلات، كما تلعب دوراً هاماً في تنظيم وتحسين أداء الجهاز الدوري والجهاز التنفسي، بالإضافة إلى مايتبع ذلك من تحسن في مهارات التواصل الاجتماعي والثقة بالنفس والشعور بالاستقلالية.

يُنصح مدرس الموسيقى الذي يتعامل مع هذه الفئة، أن يحرص على التنسيق والتعاون بشكل وثيق مع المعالجين المتخصصين المتواجدين بالمركز، للتعرف على طبيعة الإعاقة لكل طالب، ونوع النشاط الحركي المناسب له، وكيفية التعامل معه والممارسات التي ينبغي تجنبها، ليتمكن على ضوء ذلك من تحديد نوع وطبيعة النشاط والتقنيات التي عليه استعمالها.

للموسيقى كالعناء والحركة على أنغام الموسيقى والإستماع إلى الموسيقى المريحة، بل أنهم في بعض الحالات يستطيعون تعلم العزف على الآلات الموسيقية (بشكل فردي ومبسط) وإرتجال أو تلحين جمل موسيقية.

من جهة أخرى، أظهرت الموسيقى فعاليتها في تعزيز السلوكيات الإيجابية وحسن التصرف والإلتزام وتحسين الإنتاج وتخفيف النزعات العدوانية والتخريبية والميل إلى التمرد أو البكاء، وذلك بسبب الدور الهام الذي تلعبه الموسيقى في تقوية إحترام وإكتشاف الذات وتطوير أساليب التعبير عن الذات وزيادة الوعي، ومن الفوائد التي يمكن جنبها من خلال النشاط الموسيقي، تعزيز المهارات اللغوية ومهارات التواصل والتعبير، سواء بواسطة الغناء أو بالاستماع للموسيقى أو باستعمال الآلات الموسيقية، فمن خلال الغناء يمكن الطالب تعلم مفردات وعبارات جديدة وأساليب للتعبير بالوجه أو الحركات بل وحتى تعلم بعض مفردات لغة الإشارة لمساعدته في التواصل في حال صعوبة النطق، وأيضاً يمكن استعمال الآلات الموسيقية للتعبير عن مختلف المشاعر وترك الطالب يكتشف ذلك بنفسه وإظهار مشاعره من خلال العزف على الآلة الموسيقية بأي شكل يشاء أو أن يقوم بتقليد صوت آلة موسيقية أو يستخدم آلة موسيقية لتقليد أصوات من بيئته.

الإعاقة الجسدية

لعبت الموسيقى دوراً مؤثراً وبنسبة نجاح كبيرة في زيادة فاعلية العلاج الذي يقدم

يمكن أن تشمل الأنشطة الموسيقية التي تقدم إلى أطفال التوحد، العزف على الآلات الموسيقية، والغناء، والرقص، والاستماع إلى الموسيقى أو الأغاني والأناشيد، وكل هذا من شأنه تحسين قابليتهم للتعلم وزيادة معرفتهم ومعلوماتهم وإثراء مفرداتهم، وهي وسيلة لا تلقى من قبلهم المعارضة وتفتح آفاقاً جديدة للتعليم.



فإن الجمع بين ال
مو سيقى
والحركة يشجعهم
على التحرك وهذا
يساعد - بالإضافة
إلى تخفيف وزنهم
- على تطويع
التناسق الحركي
والتآلف الجيد بين
حركات الأطراف،
فلا بد من تحفيزهم
على الحركة

تصميم تمرين معين لطالب معين من فئة
التوحد، فينبغي قبل تطبيقه، التشاور
مع الاختصاصي النفسي والمتخصصين
في المركز لتلافي أي تأثيرات سلبية على
الطالب والتأكد من فعالية التمرين، فأي
نشاط أو تمرين يقرر على الطالب يجب أن
يكون مدروساً بشكل جيد مع الاختصاصي
المعالج ليتم تقديمه بطريقة صحيحة
تناسب حالة الطالب.

يمكن أن تشمل الأنشطة الموسيقية التي
تقدم إلى أطفال التوحد، العزف على الآلات
الموسيقية، والغناء، والرقص، والاستماع
إلى الموسيقى أو الأغاني والأناشيد، وكل
هذا من شأنه تحسين قابليتهم للتعلم
وزيادة معرفتهم ومعلوماتهم وإثراء
مفرداتهم، وهي وسيلة لالتقى من قبلهم
المعارضة وتفتح آفاقاً جديدة للتعليم.

تفيد الأنشطة الموسيقية في تخفيف
حدة الرغبة في الإنعزال وإظهار المشاعر
العاطفية، فالصفة السائدة لدى أطفال
التوحد هي الميل إلى الانعزال والابتعاد
عن المجتمع، ويبدو ذلك من خلال نقص
التواصل بالنظر وردّ الفعل الحركي
والاهتمام وتكوين العلاقات، ورغم أن
بعض هذه الصفات تقلّ وتختفي مع التقدم
في العمر، إلا أن صفة الإنعزال والابتعاد
عن الحياة الاجتماعية تبقى مسيطرة.
لذلك تلعب الموسيقى دوراً حيوياً في كسر
الحاجز الذي يفصل الطالب عن محيطه،
وتكون بمثابة وسيط بينه وبين العالم
الخارجي وتمنحه مزيداً من الثقة لكسر
حاجز الرهبة والممانعة.

من خلال إضافة الموسيقى بشكل يزيد
حماسهم ورغبتهم في المشاركة، والسبيل
إلى ذلك يكون بتعليمهم أداء حركات
إيقاعية على أنغام موسيقى محبوبة
واضحة الإيقاع، ومن المفيد مشاركة
المدرس في ذلك - فهو مفيد له أيضاً -، كما
يمكن القيام بألعاب رياضية كرمي الكرة
مثلاً على إيقاع الموسيقى أو القفز فوق
حواجز منخفضة، وإبتكار ألعاب متنوعة
على أنغام موسيقى يحبها الطالب.

طيف التوحد

تظهر جميع البحوث والدراسات المتعلقة
بالتوحد، أن الموسيقى بالنسبة إلى طفل
التوحد تشكل طريقة للتواصل مع
العالم الخارجي دون التعرض للخطر
أو التهديد، ولإختبار مواقف إنسانية
دون الإتصال مباشرة مع الناس، مما
يمنحهم الفرصة للتأقلم مع هذه المواقف
والتغلب على الشعور بالخوف والتهديد،
كما أن الموسيقى تساند وتسهل الرغبة في
التواصل وتكسر روتين العزلة وتساعد
على المشاركة في الأنشطة "الخارجية"،
وتحد من كثير من العوارض المترافقة مع
هذه الحالة.

بسبب الخصوصية والتنوع في حالات
التوحد، فلا توجد قاعدة محددة أو تمرين
بحد ذاته يمكن تطبيقه، فما يمكن أن
يؤدي إلى نتائج إيجابية عند طالب، يمكن
أن لا يؤدي إلى النتيجة نفسها لدى طالب
آخر، بل أنه يمكن أن يؤدي إلى نتيجة
عكسية قد تكون سلبية أحياناً، لذلك
يجب توخي الدقة والحرص والانتباه عند

قدرة كبيرة على تعلم العزف على آلة
موسيقية، ويبدون إهتماماً وشغفاً كبيرين
لذلك، وفي حالات فقدان السمع الشديد،
يمكن استعمال آلات موسيقية من النوع
التي تصدر إهتزازات واضحة وتلتصق
بالجسم مثل آلة العود وآلة الجيتار وآلة
الأكورديون، حيث يشعر الطالب باللحن
من خلال الإهتزازات التي تصدر عن الآلة
وهو يحتضنها أثناء العزف.

متلازمة داون

يتسبب في ظهور متلازمة داون، عطب
جيني ينتج عنه بطء في إكتساب المعرفة
والتعلم، وسلوك غير طبيعي، وقلة حجم
التركيز ومدته، إلى جانب تغيرات عضوية
عديدة، ويمكن للنشاط الموسيقي أن يكون
ذو فائدة كبيرة لمن لديهم هذه المتلازمة،
لأنهم يستفيدون كثيراً من الأنشطة التي
تتميز بالتكرار وخاصة تلك المحببة اليهم،
وهذا ينطبق على الأنشطة الموسيقية
بشكل كبير، فباستخدام الإيقاع والجمل
الموسيقية والغنائية المكررة، يتعلم
الطالب بسهولة أكبر ويستوعب المعلومات
المقدمة له بسهولة أكبر مما لو تم تقديم
هذه المعلومات مباشرة. فالموسيقى تحفز
الدماغ على استقبال المعلومات بشكل
أفضل لدى أطفال متلازمة داون تحديداً،
فقد تبين أنهم يتجاوبون بشكل جيد مع
الموسيقى وكل ما يقدم اليهم من خلالها.

يحتاج طفل متلازمة داون إلى أسلوب
التكرار لمساعدته على حفظ المعلومات
التي تقدم إليه، كتعلم الحروف وتعلم
الأعداد وحفظ اسمه واسماء زملائه وغير
ذلك، والطريقة الأنجح للوصول إلى هذه
الغاية هي بتوصيلها على شكل أغنية يتم
تكرارها أمامه، وللقيام بذلك يستعمل
مدرس الموسيقى أغاني معروفة أو يقوم
بتأليف أغانيه الخاصة وبلحن بسيط
مرح، يمكن تطبيق ذلك على جميع الأعمار
والمستويات وعلى أي نوع من المعلومات
التي يراد توصيلها.

معظم أطفال متلازمة داون لا يميلون
إلى الحركة وبالتالي فهم يكتسبون وزناً
ويتعرضون للسمنة بسهولة، لذلك

القفاز الذكي



عاصم خليلي

مركز الفجيرة لتأهيل ذوي الإعاقة - الإمارات العربية المتحدة

القفاز الذكي هو قفاز إلكتروني صمم خصيصاً لمن لديهم ضعف أو صعوبة في حركة أصابع اليدين بسبب شلل أو جلطة، وهو يهدف إلى أداء تمارين تقوية العضلات عن طريق اللعب والتسلية، فعند أداء التمرين الخاص بهذه الحالة وهو تمرين مبني على ملازمة الإبهام لكل إصبع من الأصابع المقابلة، يتم في نفس الوقت التحكم بتطبيق مبرمج لهذه الغاية يحتوي على ألعاب ترفيهية وتعليمية، تجعل التمرين مفيداً وممتعاً في آن واحد.

كيف نشأت الفكرة؟

أثناء مراقبتي لبعض الحالات التي كانت تخضع للعلاج الوظيفي بغية تقوية عضلات الأصابع وتحسين تناسقها الحركي، لاحظت أن أداء التمرين يتطلب تحريك الأصابع حركات نمطية

ويكون في الوقت ذاته أداة تحكم بلعبة مسلية على الكمبيوتر. وتبلور الشكل والتصميم النهائي للقفاز بعد عدة محاولات وتعديلات على التصميم حتى وصل إلى شكله الحالي.

مكررة تسبب الملل وتبعث على الضجر، ففكرت في إضافة عنصر تشويقي لهذا التمرين بحيث يكون ممتعاً ومسلياً مما يحفز على أداء التمرين لمدة أطول. ومن هنا نشأت فكرة صنع قفاز خفيف الوزن يسمح بأداء تمارين الأصابع

تحاول الفوز وتتجنب القيام بخطأ أثناء اللعب.

بالتالي كان للقفز أثر كبير في تحقيق أهدافه بسبب تجمع عدة عناصر هي التمرين الجسدي والتشويق بالإضافة إلى عنصر المنافسة، وهي عناصر ذات تأثير كبير.

الخط المستقبلي

لم يتوقف العمل عند هذا الحد، فخطط التطوير المستقبلية كثيرة ويتم دراستها ليكون إستخدامه أكثر شمولية، فمن ناحية التصميم يتم ألان تجربة خيارات أخرى تجعل القفز أخف وزنا وأكثر ثباتا بالإضافة إلى القيام بمحاولات لتحويله إلى قفز لاسلكي يمكن أن يتحكم بالكمبيوتر دون أن يموت موصلا بسلك.

أما من ناحية التطبيق المصاحب، فيتم تطويره وزيادة المعلومات فيه بتصميم جذاب ليصبح أكثر جاذبية للمستخدم ولكي يكون جهازا متكاملًا يمكن إعتماده في مراكز ذوي الإعاقة ليستخدم في المجال الذي صنع لأجله.

لاقي القفز الذكي استحسانا كبيرا ووافق عليه المتخصصون في العلاج الوظيفي لأنه يخدم ناحية هامة جدا من نواحي القصور الجسدي ويوفر بيئة محفزة على أداء التمارين المطلوبة لذلك، كما أنه حصل على المركز الأول في مسابقة الوسائل التعليمية المبتكرة التي أجرتها وزارة تنمية المجتمع، وقامت عدة صحف محلية بنشر تحقيق عنه، وهذا بعض من التقدير الذي حصل عليه هذا الابتكار الذي صنع في الأصل ليخدم فئة الهامة من المجتمع وليوفر أداة تساعد على تجاوز المصاعب التي تعترضهم.

أرجو من الله أن يجعل في هذا الابتكار فائدة كبيرة لكل من يحتاج إليه، كما ادعو الله أن يوفقي في تطويره وتحسينه لما فيه خير للجميع.

عدة حواس، البصر والسمع واللمس. ومن الأمور التي تمت مراعاتها أيضا هي أن يتمكن جميع الطلاب من استخدامه بغض النظر عن الفروق الفردية بينهم سواء كانت جسدية أو ذهنية.

القفز آمن جدا لإستعمال الطلاب وسهل التنقل والتركيب مع إمكانية تعديله ليناسب اليد اليمنى أو اليسرى أو حجم اليد، ومن ميزات أن المواد التي صنع منها متوفرة ويسهل الحصول عليها بسعر زهيد، كما أن تصميمه يسمح له بالعمل لسنوات طويلة ويتطابق مع جميع أجهزة الكمبيوتر بأنظمة ويندوز أو ماكنتوش أو لينكس، بالإضافة إلى أنه صديق للبيئة لكونه يستخدم الحد الأدنى من المواد الأولية.

الفوائد المحققة

من الناحية التعليمية، كانت الفائدة التي جناها الطلاب جيدة جدا وتفوق المتوقع من حيث تلقي واستيعاب المعلومات التي عرضت عليهم أثناء اللعب وفهمها وحفظها، وأصبح تلقي المعلومات وحفظها يسيرا بالنسبة اليهم.

أما من الناحية العلاجية، فقد كان للقفز تأثير كبير في المواظبة على ممارسة التمرين المطلوب لتقوية الأصابع لمدة طويلة دون أن تقل نسبة الحماس والتشويق ودون الشعور بالملل، وهذا بدوره تسبب في الحصول على نتائج إيجابية وتحسن في إستعمال الأصابع، ومن الأمثلة على ذلك، طالبة تعاني من شلل جزئي تسبب في صعوبة تحريك أطرافها وكذلك صعوبة وارتجاف في تحريك أصابعها، فبعد استعمال القفز لعدة مرات لوحظ ثبات أكبر في حركة الأصابع وتحسن القدرة على ملاسة الأصابع لبعضها بشكل أكثر دقة، فبالإضافة إلى الفائدة التي حصلت عليها من جراء أداء التمرين لفترات طويلة، كان للتشويق أثر بالغ في ذلك لأنها كانت

الأهداف والنتائج المتوقعة

قبل البدء بالتصنيع، تم وضع مجموعة من الأهداف وأخذها بعين الإعتبار أثناء التصميم لكي يخدم القفز الغاية التي صنع من أجلها، وكانت أهم تلك الأهداف:

1. اداء تمرين تقوية أصابع اليدين للطلاب الذين لديهم ضعف في عضلات وأعصاب اليدين.
2. تنمية النواحي المعرفية للطلاب من حيث التعرف على الأشكال والأعداد والأصوات.
3. تحسين التناغم والانسجام البصري - الحركي - السمعي.
4. تطوير التحكم باليدين وبالأصابع بشكل دقيق.

5. إدخال التقنيات الحديثة والكمبيوتر في العملية التعليمية والعلاجية في آن واحد.

بعد تجربة الجهاز مع مجموعة متنوعة من الطلاب ذوي إعاقات مختلفة، لوحظ إهتمامهم به بشكل كبير واستمتاعهم باستعماله، كما لوحظ أيضا أن أغلب الطلاب قد تمكنوا من استعماله بسهولة من المرة الأولى بعد إعطائهم تعليمات بسيطة.

المعايير التي استند إليها الابتكار

تم تعديل تصميم القفز والتطبيق المصاحب له عدة مرات لكي يلائم المعايير الصارمة التي وضعت قبل البدء بالعمل في صنع القفز ، فقد وضعت له في البداية أهداف محددة وواضحة، وتم التركيز على مراعاة سهولة الاستخدام، وكذلك مراعاة دقة وصحة المعلومات الموجودة في التطبيق المصاحب على الكمبيوتر. كما روعي أن يخدم عدة أهداف تربوية في آن واحد وان يستخدم

- Learning about agencies and organizations, as well as web sites, which provide information and support for families?

What are the goals for early intervention?

Early intervention begins soon after your baby has been diagnosed with hearing loss. There are two main goals of early intervention:

Goal 1: is to help the baby who is deaf or hard of hearing learn to communicate, to use any available hearing and to interact socially. All children learn skills best at certain ages. During these “sensitive periods”, your baby’s brain is ready to learn. If these opportunities for learning are missed, it will be more complicated to learn the skills later on.

Goal 2: is to help your baby become a fully participating member of the family. Everyone in the family is important to your baby’s development, especially in developing language and social skills.

Early intervention begins with a visit from an infant/family specialist. she or he becoming a part of a team of professionals, including an Audiologist, Speech and Language pathologist, school district representative, and advocate of your choice, and most importantly, You.

Speech and Language pathologist know ways to help your baby develop some skills at the same age that hearing children do. She or He may help your child listen with hearing aids or cochlear implant, he will also show you how to give your baby chances to look at your face for gestures and signs so your baby can understand the language you use to communicate about everyday life.

Language and speech for children with hearing loss:

As a parent, it is never too early to begin thinking about how you can help your child build a solid language foundation. This is even more important for a child with hearing loss because children with hearing loss more likely to have language delays. They might learn Language more slowly than children who do not have a hearing loss.

There are many ways children with hearing loss can build communication and language skills. Many states and communities already have educational programs for infants and Young children. Each program takes different approach

to communication. Like these five educational programs:

1. Auditory-Oral: The Auditory- Oral approach stresses technology to make the most of residual hearing to develop spoken language. Include the use of hearing aids or cochlear implants. This approach includes the use of speech reading and natural gestures.
2. Auditory-Verbal: The Auditory- Verbal approach also stresses technology to make the most of residual hearing to develop spoken language. It focuses on listening and therefore, does not encourage the use of Speech reading.
4. Cued Speech: The Cued Speech educational program focuses on the use of cued Speech and speech reading, it is a system of hand signals used by the speaker to help the listener tell the difference between certain speech sounds.
5. Total Communication: This approach uses a combination of sign Language, speech, and the best use of residual hearing through technology to help children learn speech and language. The technology might include hearing aids or cochlear implants. Sign Language can be either ASL or sign from English coding system. Singing, Speaking, speech reading, singing, listening, cued speech, reading, writing, cued speech, can be all uses in this approach. Most total Communication programs use some form of stimulation communication (speaking and singing).

Learning through Play:

When babies play, they are learning about themselves and the world around them. Play encourages social growth, Language growth, and imagination.

There are many ways to make the child learn through playing, from bubble blowing to blocks building, From Cards to Toys to assistive technology methods.

You will find ways to make every day a new activity to support your child.

Reading to your child:

Parents read to their deaf and hard of hearing for the same purpose that parents read with hearing children. Reading to your child is fun; it is a chance to get closer to your child, communication and sharing thoughts. It helps the child learn language and discover the world.

A deaf child cannot look at the book and attend to parent’s storytelling at the same time. A hard hearing child benefits from visual support to go along with listening.

This section gives parents suggestions for enjoying reading time with babies and young children who are deaf or hard of hearing.

Flexible Placement for children who are Deaf or Hard of hearing:

Many children begin in one kind of school program, and move to another kind:

. A child who is born deaf or hard of hearing and identified early may have one to one family help, a self-contained or regular preschool, and then a school placement that suits his or her Language needs. That could be fulltime inclusion in regular classrooms, depending on the needs that parents and teachers see.

. A child who is born hearing or hard of hearing and gradually loses more hearing might begin in a preschool among hearing children, but may need more support later on, to keep the language growing.

. A child who receives one kind of program, but doesn’t learn as successfully as parents and teachers had hoped, may make a wonderful progress by changing to a different kind of a program.

The biggest difference in raising a deaf or hard of hearing child is that it requires much more love and patience on the part of everyone involved.

Parents, siblings, and relatives have to get down on the level of this child and put themselves in his shoes and not always expect quick results. The little one needs a lot of encouragement and hugs, squeezes and fun time together.

Parents must be informed about the challenges hard of hearing face in education as well as socially in order to encourage the child and intervene when it is necessary. For the hard of hearing child’s benefits, it is important to raise him as much like a hearing child in order to facilitate future success in life.

Whether hearing or not, expect for the child to do his best in school, treat others with respect, and become useful individual in society. Kids live up to your expectation.

Early intervention and Language Development in Children Who are Deaf and Hard of Hearing

Amal Riad Alkasasbeh
Speech Language Pathologist - UAE



“Once I knew only darkness and stillness...my life was without past or future... but a little word from the fingers of another fell into my hand that clutched at emptiness and my heart leaped to the rapture of living.”

Helen keller.

Recent Evidence indicates that many children with sensorineural hearing loss achieve Language abilities similar to hearing peers if comprehensive intervention services are provided by 6 months of age, Advocates of early intervention emphasize the importance of maximizing sensitive periods of development to prevent the communication, Language, and literacy delays frequently observed in children with mild to moderate/severe loses and those with sever to profound loses. Early intervention and detection are believed to be critical steps toward proactive and management of these children.

Location of the Hearing Loss:

There are three parts to the ear- the Outer ear, Middle ear and the Inner ear, sounds travel from the outer ear through the middle ear to the inner ear. There are four types of hearing loss:

1. Auditory Processing Disorders: It occurs when the brain has problems processing the information contained in sound, such as understanding speech and working out where sounds are coming from.
2. Conductive hearing loss: It occurs when there is a problem with the

Outer or Middle Ear which interfere with the passing sound to the inner ear. It can be caused by such things as too much earwax, Ear infections, or abnormal bone growth in the middle ear such as Otosclerosis.

3. Sensorineural hearing loss: Sensorineural hearing loss occurs when the hearing organ. The Cochlea, and / or the auditory nerve is damaged or malfunction so it is unable to accurately send the electrical information to the brain. Sensorineural hearing loss is almost always permanent.
4. Mixed: A Mixed Hearing Loss occurs when both Conductive hearing loss and sensorurl hearing loss are present. The sensorineural component is permanent, while the conductive component can be either permanent or temporary.

How to help your child with hearing impairments?

There are many steps parents and caregivers can take to help a child with hearing impairments. They include:

- Understanding the full nature and extent of a child’s hearing loss or deafness.

- Getting to know the services that are provided in your community for children with hearing challenges through early intervention and the public school system. Parents can be good advocates to insure their child’s education is appropriate for their needs.
- Discussing with healthcare providers if the child could benefit from hearing aids or cochlear implants.
- Contacting hearing specialists and other medical and social service professionals familiar with hearing loss. Typically, an individual with hearing impairment is evaluated and followed by an audiologist and an ears nose throat surgeon. In some cases, evaluation by a genetic specialist is recommended.
- Interacting with the child as much as possible. This includes holding, facing, smiling at and responding to the infant from the very beginning. It is critical that all family members and extended family members learn the way a family member with hearing impairment communicates and learn whatever strategies are necessary to be able to communicate with that individual whom may mean learning ASL or cued speech.

سبع ميداليات ملونة أهداها ذوو الإعاقة إلى الإمارات في ألعاب "ريو" البارالمبية



تعتبر مشاركة «فرسان الإرادة» في «ريو» هي الفضلى بعد أن قدّم أبطال الامارات كل ما عندهم في هذا المحفل الأولمبي المهم، حاصدين الذهب والفضة والبرونز عن طريق الخماسي محمد خميس صاحب أول ميدالية ذهبية أولمبية للإمارات ليكرر اللاعب مشهد «أثينا 2004»، في «ريو 2016»، بالتحقيق بالذهب ليلبلغ المجد الأولمبي ثلاث مرات «أثينا 2004، وبكين 2008، وريو 2016»، فيما حصل محمد القايد على ذهبية «أم الألعاب»، ليلبلغ المجد الأولمبي مرتين بحصوله على فضية وبرونزية لندن 2012، وذهبية ريو 2016.

البطل محمد القايد يحمل علم الامارات:

حمل البطل الأولمبي محمد القايد، علم الإمارات في حفل افتتاح الألعاب البارالمبية 2016 باستاد ماراكانا بمدينة ريو دي جانيرو البرازيلية، حيث شارك أكثر من 4000 لاعب ولاعبة من 160 دولة، خاضوا تحدي الوصول إلى منصات تتويج هذا الحدث الأولمبي المهم. وتكوّن المنتخب الاماراتي من 18 لاعباً

ولاعبة يحملون طموحات «فرسان الإرادة»، هم: محمد القايد، وعبدالله حسن حياي، وراشد الظاهري، ونورة الكتبي، وزينب البريكي، وسارة السناني، وسهام الرشيد، ومريم المطروشي، وحسن الحوسني، وعبدالعزیز الشكيلي، وسعيد جمعة «ألعاب القوى». وعبدالله سلطان العرياني، وعبدالله سيف العرياني، وعبيد الدهماني، وسيف النعيمي «الرمية». ومحمد خميس وأحمد خميس نوري

وهيفاء النقي "رفعات القوة"

وقد أهدى البطل الأولمبي محمد خميس للإمارات، الذهبية الأولى في الألعاب البارالمبية التي أقيمت في البرازيل هذا العام، حينما حقق المركز الأول في مسابقة رفعات القوة وزن 88 كيلو غراماً بعد منافسة ساخنة في هذه المسابقة التي ضمت العديد من الأبطال الأولمبيين. وكرر بطلنا صاحب أول ميدالية ذهبية للإمارات في أولمبياد



الفضية إلى الإمارات، بينما كان المركز الثالث والميدالية البرونزية من نصيب كوريا.

العرياني لتهدي هذا المجد الأولمي إلى القيادة الرشيدة التي هيأت عوامل النجاح لفرسان الإرادة من أجل حصد التميز ورفع علم الإمارات عالياً خفاقاً في جميع المحافل القارية والدولية.



وأهدى البطل الأولمي عبد الله سلطان العرياني، الإمارات ميدالية فضية في اليوم الأول لمسابقات دورة الألعاب البارالمبية، حينما نجح في الحصول على المركز الثاني في نهائي مسابقة 10 متر هوائي واقف، بعد منافسة ساخنة ضمت ستة أبطال من آسيا، من ضمنهم البطل الإماراتي العرياني، وثلاثة من كوريا، واثنان من الصين، إضافة إلى لاعبين من صربيا وفرنسا، حيث كانت الكلمة المسموعة للقارة الصفراء.

وكانت المنافسة القوية العنوان البارز لمسابقة نهائي 10 متر هوائي واقف، بين الإمارات والصين وكوريا، ليذهب المركز الأول والميدالية الذهبية إلى الصين، والمركز الثاني والميدالية

المعاقين مشهد فوزه بالذهب في أثينا 2004. حيث احتفلت البعثة الأولمبية بأول ميدالية ذهبية في ريو، بعد فضيتي





كما أن وصول البطل العرياني إلى منصة التتويج منذ ضربة البداية، أكد أن اللاعب قادر على ترك بصمة جديدة في "ريو"، مكرراً مشهد فوزه بذهبية الرماية في النسخة الماضية للألعاب البارالمبية "لندن 2012".

وأهدت نورة الكتبي فتاة الإمارات الميدالية الثانية في الألعاب البارالمبية، حينما نجحت، في التحليق بفضية دفع الجلة سيدات فئة «إف 32»، لتواصل ابنة الإمارات إنجازاتها في هذا المحفل الأولمبي المهم، مسجلة رقماً آسيوياً جديداً بعد منافسة قوية في هذه المسابقة، أكدت خلالها ابنة الإمارات جدارتها بالوصول إلى منصة التتويج بعد أن فازت بطلتنا بأول ميدالية فضية للرياضة النسائية في تاريخ الدورات البارالمبية، معززة برونزية سارة السناني التي افتتحت بها إنجازات المرأة الإماراتية في «ريو» ليختتم منتخبنا مشواره في الدورة بسبع ميداليات ملونة «ذهبيتان وأربع فضيات وبرونزية» كإنجاز غير مسبوق لرياضة ذوي الإعاقة الإماراتية.

بعثة «فرسان الإرادة» تحقق مكاسب كبيرة

وحققت بعثة «فرسان الإرادة» بعد عودتها من «ريو» العديد من المكاسب التي سيكون لها المردود الإيجابي على مسيرتهم خلال المرحلة المقبلة، أبرزها حصولهم على سبع ميداليات ملونة في مشهد غير مسبوق، حيث حظوا باهتمام كبير من القيادة الرشيدة ومن صاحب السمو الشيخ محمد بن راشد آل مكتوم نائب رئيس الدولة رئيس مجلس الوزراء حاكم دبي، رعاه الله، وسمو الشيخ نهيان بن زايد آل نهيان رئيس مجلس أمناء مؤسسة زايد بن سلطان آل نهيان للأعمال الخيرية والإنسانية، رئيس مجلس أبوظبي الرياضي، ومحمد عبدالله القرقاوي، وزير شؤون مجلس الوزراء والمستقبل، مما يعدّ قوة دفع كبيرة لهذه الشريحة خلال مشاركتها الخارجية المقبلة.





ومن ضمن المكاسب أيضاً حصول منتخبنا على ميداليتين ذهبيتين لأول مرة خلال مشاركاته الأولمبية، فيما حققت لعبة ألعاب القوى الذهبية الأولى لها خلال مشاركتها البارالمبية، وحصدت فتاة الإمارات أول إنجاز لها لتبلغ المجد الأولمبي للمرة الأولى، ونال عبد الله سلطان العرياني شرف أول لاعب يحرز ثلاث ميداليات في دورة واحدة.

كما ارتفع عدد اللاعبين المشاركين في نسخة «ريو» إلى 18 لاعباً بعد أن بلغوا 12 لاعباً في النسخة الماضية التي أقيمت بلندن، مما يؤكد الاستراتيجية التي وضعها اتحاد المعاقين بالتنسيق مع الأندية، وقد قطعت ثمارها في إفراز وجوه شابة أتاحت لها الفرصة كاملة في التواجد في «ريو» من أجل أن يقوى عودها بكسر حاجز رهبة الدورات الأولمبية، وبالتالي الاستعداد المبكر للمشاركة في النسخة الجديدة للألعاب البارالمبية «طوكيو 2020».



دبي تفوز باستضافة الكونغرس العالمي لمتلازمة داون 2020

رفعت جمعية الإمارات لمتلازمة داون التهاني إلى رئيس الدولة ونائبه بفوز الإمارات العربية المتحدة باستضافة الكونغرس العالمي لمتلازمة داون 2020، وسط تقدير دولي رفيع المستوى بالدور الذي تقوم به جمعية الإمارات لمتلازمة داون بدبي والتي ستستضيف المؤتمر الذي يعتبر أكبر مؤتمر عالمي لذوي متلازمة داون بمشاركة كافة دول العالم والذي يعد مناسبة عالمية تعقد كل سنتين.

وتعتبر جمعية الإمارات لمتلازمة داون من الأعضاء النشطين الفاعلين والمتميزين في أنشطة المنظمة العالمية لمتلازمة داون بالملكة المتحدة مع بقية الجمعيات والمنظمات بدول العالم ومشاركين في مؤتمراتها ولقاءاتها الدولية.

وكشف رئيس مجلس إدارة الجمعية بأن اختيار لجنة التصويت العالمية في المنظمة وإعلانهم اليوم مدينة دبي لاستضافة وعقد المؤتمر، جاء لما تشهده مدينة دبي من تطور اقتصادي ونمو كبير في قطاعات الاستثمار والتجارة والحضور الدولي المميز لمشاريع دبي وفي مقدمتها فوز مدينة دبي باستضافة إكسبو 2020 ليأتي الكونغرس العالمي بدبي مواكباً له، كما يلعب الاستقرار الأمني الذي تشهده دبي والإمارات دوراً كبيراً في استضافة هذا الحدث الدولي الكبير بمشاركة عالمية في ظل المنظومة الأمنية المتكاملة التي تسهم في توفير مقومات نجاح الأحداث والفعاليات الكبرى، ما جعل مدينة دبي قبلة عالمية لهذا الكونغرس وسط تنافس دولي كبير.

وأضاف عيد حارب: سيتم خلال اجتماعات وجلسات الكونغرس العالمي 2020 القادم بدبي عرض كل ما هو جديد لتحسين نوعية الحياة لذوي متلازمة داون من نواح عدة طبية واجتماعية وتعليمية وحياتية، ويشارك في الكونغرس العالمي لمتلازمة داون خبراء وناشطين وحقوقيين ومختصين، بالإضافة إلى أفراد من ذوي متلازمة ومناصرين يعرضون قصص نجاح وتجارب شخصية، كما سيقام على هامش الكونغرس ملتقى للأهالي والمختصين للمشاركة في بحث التحديات التي تواجه ذوي متلازمة داون والقضايا والتطورات الخاصة بهم بغرض دمجهم.

وتسعى جمعية الإمارات لمتلازمة داون لتأمين حياة أفضل لأفراد ذوي متلازمة داون حيث أن الجمعية تعمل على تحقيق رؤيتها وترجمة شعارها "تحرير القدرات الكامنة" بالفعل من خلال دعم ذوي متلازمة داون وذويهم والأشخاص الذين يقدمون الرعاية لهم بهدف تأمين مستوى أفضل لحياتهم وتوفير الفرص المناسبة لممارسة دورهم الفعال في المجتمع، وذلك من خلال مجموعة من الأنشطة والبرامج التعليمية والاجتماعية والرياضية والفنية بالإضافة إلى مركز تطوير ذوي متلازمة داون.

جاء ذلك بعد إعلان المنظمة العالمية لمتلازمة داون بالملكة المتحدة ظفر الإمارات بالاستضافة خلال مؤتمر صحفي عقد في لندن لإعلان النتائج.

صرح بذلك سعادة عيد محمد ثاني حارب رئيس مجلس إدارة الجمعية زافاً التهئة بالإنجاز العالمي والتقدير الدولي الكبير.

وقال عيد حارب: يسرنا أن نرفع التهئة بالإنجاز إلى صاحب السمو الشيخ خليفة بن زايد آل نهيان رئيس الدولة حفظه الله وأخيه صاحب السمو الشيخ محمد بن راشد آل مكتوم نائب رئيس الدولة رئيس مجلس الوزراء حاكم دبي رعاه الله وإخوانهما أصحاب السمو الحكام وحكومة وشعب الإمارات.

وأكد رئيس الجمعية: إن هذا الإنجاز يعد تقديرًا عالميًا ودوليًا في ظل المنجزات المتميزة لدولة الإمارات العربية المتحدة، ولما تشهده الإمارات من تقدم مزدهر في الخدمات والأنظمة والقوانين الداعمة لذوي الإعاقة وفي مقدمتهم ذوي متلازمة داون، وسعي حكومة دبي لتكون مدينة دبي عالمية صديقة لذوي الإعاقة بحلول عام 2020 وجهود اللجنة العليا لحماية حقوق ذوي الإعاقة في تحقيق ذلك، وما تشهده الجمعية منذ تأسيسها منذ أكثر من عشر سنوات في ظل الرعاية الكريمة للقيادة الرشيدة ودعم وزارة تنمية المجتمع ووزارة شؤون الرئاسة ومبادرات صاحب السمو رئيس الدولة والمجلس التنفيذي لحكومة دبي.

وأضاف: يعتبر فوز الجمعية اليوم وظفرها بهذه الاستضافة الدولية تقديرًا دوليًا كبيراً لما حققته أسرة الجمعية بفضل من الله ثم الجهود التطوعية لمؤسسي الجمعية ومجلس الإدارة والأعضاء والداعمين والرعاة والمتطوعين لأنشطتها وبرامجها خلال العشر سنوات الماضية.

هذا وقد تبوأَت الجمعية مستويات متقدمة على مستوى الشرق الأوسط والعالم في الخدمات والبرامج المقدمة لفئات أكبادنا من ذوي متلازمة داون، وأثبتت حضورها على المستويين الإقليمي والعالمي من خلال الأنشطة المتعددة للجمعية، مما يجعلنا في مجلس الإدارة أن نعبر عن فخرنا بفوزنا بالتحدي العالمي لاستضافة الكونغرس العالمي القادم عام 2020 ليكون في الإمارات.



وأضاف البيان الصحفي: تتطلع المنظمة العالمية لمتلازمة داون للعمل الآن مع جمعية الإمارات لمتلازمة داون للكونغرس القادم. وتعد المنظمة العالمية لمتلازمة داون مؤسسة عالمية خيرية مقرها المملكة المتحدة تضم عضوية للأفراد والمؤسسات من جميع أنحاء العالم تتعهد بضمان حياة كريمة وحقوق الإنسان لكل ذوي متلازمة داون.

ويعتبر الكونغرس العالمي لمتلازمة داون مؤتمراً دولياً يتم عقده كل سنتين بمدن العالم الرئيسية ويتضمن اجتماع عالمي لذوي متلازمة داون غني بالمعلومات ويركز ويتفاعل مع كل الأحداث التي تؤثر على ذوي متلازمة داون ويتضمن المعلومات الصحية والطبية والممارسات العلمية والتعليم والتوظيف ومستوى معيشي لائق والحماية المجتمعية والاعتراف القانوني والمشاركة بالحياة العامة والسياسية والعيش المستقل والانخراط بالمجتمع والثقافة والترفيه والمشاركات الرياضية، ويشارك فيه أفراد ذوي متلازمة داون و ذويهم وعائلاتهم وأصدقائهم ومقدمي الرعاية والمهنيين والممارسين والباحثين والجمعيات والأفراد المهتمين بمتلازمة داون.

وتحدث متلازمة داون نتيجة اختلال في عدد الكروموسومات، وهي حالة خلقية يمكن حدوثها لكل الأعراق والأجناس والمستويات الاجتماعية والاقتصادية وتحدث حالة واحدة لكل 800 مولود حي، مع تواجد تباين في النسب حول العالم، ويقدر عدد ذوي متلازمة داون حول العالم 7 مليون حالة.

ومن جهة أخرى جاء في المؤتمر الصحفي الذي عقدته المنظمة العالمية لمتلازمة داون بالمملكة المتحدة : أنه المنظمة تلقت عدداً من الطلبات المتميزة لاستضافة الكونغرس الدولي لمتلازمة داون 2021 إلا أن "مجلس متلازمة داون الدولي" اتفق على العودة مرة أخرى في عقد الكونغرس كل سنتين اعتباراً من 2020 وأنه كانت هناك أسباب مقنعة لاختيار وتلبية دعوة جمعية الإمارات لمتلازمة داون باستضافة دولة الإمارات العربية المتحدة في مدينة دبي بعد مشاورات مع هذه الأطراف.

هذا وقد تلقت المنظمة العالمية مجموعة من الطلبات من ممثلين لمتلازمة داون وأعضاء ومؤسسات من عدد من دول العالم، كانت جميعها شاملة ومثيرة للإعجاب وأخذت جميعها بعين الاعتبار ، وتقدم "مجلس متلازمة داون الدولي" بشكره وتقديره إلى جميع المتقدمين.

وكشف المجلس بأن العرض التي تقدمت به جمعية الإمارات لمتلازمة داون بدبي كان مميزاً، وتم الاتفاق والإجماع على اختيارها وأنه سيتحقق من ورائها منفعة كبيرة بعقد الكونغرس العالمي لمتلازمة داون بدولة الإمارات العربية المتحدة بسنة 2020.

وقالت المنظمة في بيانها الصحفي اليوم: نتطلع للعمل مع المستضيفين لتنظيم المؤتمر العالمي لمتلازمة داون الذي سيعقبه مهمة المنظمة العالمية لمتلازمة داون، لتحسين وتطوير جودة حياة ذوي متلازمة داون عالمياً، ولتعزيز حقوقهم وقبولهم ودمجهم وتقديرهم أسوة بغيرهم من أعضاء المجتمع.

على أبواب عالم العمل

بقلم: روجي عبدات

وزارة تنمية المجتمع - الإمارات العربية المتحدة

عندما تُطل على ورشة السيراميك بقسم التأهيل المهني بمركز دبي، ستجد من يستقبلك ويرحب بك، ليس فقط من قبل معلم الورشة وإنما من أحد طلبتها، يتتابك شعور جميل حينما تسمع عبارات الترحيب باللهجة المحلية الإماراتية التي تمتاز بروح المودة والترحاب، كلمات بسيطة لكنها ذات معان كبيرة هي ما تمكّن فيصل من إتقانه من مهارات اجتماعية طيلة سنوات، لما تحمّله هذه المهارات من أهمية بالغة في التسويق والترويج لمنتجات القسم، يقدّم فيصل نفسه بابتسامة عريضة مرسومة على مَحياه، ومعرفاً بزملائه وبعمله الذي يحب.

يتصرف فيصل في ورشته كأنه مديرها، تساعد في ذلك شخصيته القيادية ومهاراته الاجتماعية، بعد الترحيب بك كضيف في ورشته، يجذبك بمهارة حديثه عن صناعة السيراميك من مواده الأولية، والأدوات التي يستعملها في إنجاز العمل، مضيفاً على عباراته نوعاً من المودة واللفظ، فيبقى انتباهك مشدوداً نحو ما سيعرضه عليك من نماذج لعمل طلبة القسم.

وأثناء تجوالك في أقسام الورشة، يُريك فيصل المراحل التي تمر بها صناعة لوحات السيراميك خطوة خطوة، حريصاً على ارتداء أدوات السلامة، من نظارة وقفازات، وتنطلق يده

بتكسير قطع السيراميك إلى حبات صغيرة ملونة، فيقوم بالصاقها بدقة في المزهرية، لتتحول هذه الجزيئات فيما بعد إلى شكل إبداعي جميل يتم تسويقه في إحدى المعارض التي ينظمها طلبة القسم.

يتكلم فيصل عن طموحه بالعمل في مهنة تناسب قدراته، فليس مهماً طبيعة العمل وإنما المهم أن يعمل في مهنة يشعر بذاته من خلالها، مهيناً نفسه للإلتزام بالعمل وقوانينه وتعليماته، بل والتطوع في أي مكان في البداية للحصول على مزيد من التدريب وصل للذات، وإثبات القدرات.

ليس العمل داخل الورشة هو الشيء

الوحيد الذي يزاوله فيصل، بل تراه بين يوم وآخر متنقلاً بين الأنشطة التعليمية والتربوية الأخرى كالرياضة والفن وتحفيظ القرآن، ولكل نشاط له نصيب من التميز والإبداع، حتى الحديقة الجميلة التي تراها من نافذة الورشة، قد حظيت بجزء من اهتمامه، حيث يحرص على ريّها في الوقت المحدد، والعناية بها لتنال إعجاب أعين الزائرين، فيقدم فيصل نفسه من جديد بكل فخر وإعجاب موضحاً أنها حديقته المدللة التي أصبحت جزء من حياته المهنية، والتي تمثل له الأمل في الحصول على مهن، يوظف من خلالها قدراته على العناية بالنباتات وميوله للإهتمام بها.

انطلاقة نحو النجاح

بقلم: عائشة الجناحي - دبي



أرفع لها القبة لاحترامي الشديد لها هي كليثم المطروشي التي حولت الألم إلى أمل بقهر كرسها المتحرك بالإرادة، وهي قصة تحدٍ نسجت حروفها بالإرادة وقهر الإعاقة، فالיום هي إحدى أهم الرائدات في مجال نشر الوعي والاهتمام بالأشخاص من ذوي الإعاقة. والشخصية الأخرى التي تعجز قواميس اللغات عن وصفه الدكتور أحمد العمران الذي تحدى إعاقته البصرية وحول العجز إلى قوة بدعم من أسرته، فلقد أختار لنفسه طريقاً للدراسة خارج الدولة طلباً للعلم. وبالتصميم والإصرار استطاع أن يتغلب على إعاقته بعيداً عن أسرته، وعاد بصورة تفوق التصور، حاملاً شهادة الدكتوراه في القانون لأن هدفه هو تعزيز حق الأشخاص ذوي الإعاقة للعمل في دولة الإمارات.

يلعب كل من الأسرة والمجتمع دوراً هاماً في نشر ثقافة التدخل المبكر وزرع الثقة وتذليل العوائق أمام الأشخاص ذوي الإعاقة وحماية حقوقهم ومساعدتهم على تخطي كل التحديات والعقبات الصغيرة ليصل بهم إلى بر الأمان.

أكثر من سنتين، ولكن الأب تقبل الأمر وكان متيقناً أن كل ما يختاره الله عز وجل لعباده خير وبالفعل، وبرحمة الله وفضله، تمكن عمار بوقس أن يتجاوز الـ 26 عاماً. اليوم بعد أن حقق عمار النجاح بالإصرار والتحدي، سأل أحد الإعلاميين في مقابلة صحفية «أستاذ عمار كيف تعاملت الحياة معك لأنها لم تنصفك؟». فيرد بكل ثقة «الدنيا مليانة تحديات، وأنت لك القرار، يا تختار، يا تنهار، الإعاقة عمرها ما كانت نهاية الحياة عمرها ما كانت نهاية العالم، الإعاقة انطلاقة.. الإعاقة نقطة بداية». من قصة عمار نهل أهمية مساندة الأسرة للمعاق في المجتمع الأول الذي يتعامل معه في بداية حياته ولها تأثير كبير في بلورة شخصيته الأساسية.

فالأسرة تعد طرفاً أساسياً في الخطط التربوية المقدمة لذوي الإعاقة وأول عوامل الابداع بالنسبة لهم في المستقبل، فهي التي تغرس قيمة الطفل وتمكنه من التفاعل والتوغل في المجتمع فيتعلم خبرات الحياة التي تصقل مهارته وتنمي مواهبه ليحقق النجاح.

ومن الأمثلة الناجحة لذوي الإعاقة التي

تلد الأم بعد مخاض صعب ومؤلم، فيتلاشى كل التعب، بعد أن رأى طفلها النور وما لبثت أن أخذته في حضنها حتى يدخل الطبيب ليخبر الأب أنه لابد أن يتم وضعه في غرفة العناية المركزة على الفور، فيغمر الأم اضطراب مقلق وكان من الصعب عليها تحاشي التفكير عن أسباب أخذه بهذه الطريقة مما أقلق راحتها وجعلها تشعر وكأنها تفقد أنفاسها. وبعد ساعات يدخل الأب ليطمئن الزوجة فيقول: «إن قلب الطفل ينبض بشكل طبيعي فلا داعي للخوف وأنت تعلمين أن الله إذا أحب عبداً ابتلاه، صحيح أن...»، فقطعت كلامه قبل أن يكمل وقالت «هل هو من ذوي الإعاقة؟»، فرد عليها «نعم هو من متلازمة داون». انهارت الأم وأجهشت بالبكاء فهي كما تظن أنهم لا يعيشون طويلاً فكيف لقلبها أن يتحمل فراقه بعد التعلق به.

الأعمار بيد الله، فعمار بوقس الملقب بقاهر المستحيل بعد شهور من ولادته أخبر الطبيب والده بأنه مصاب بمرض نادر جداً تسبب له بشلل كامل في جسده وهذا المرض لن يبقيه على قيد الحياة

أبواب الأمل

علياء محمد الخاطري

مركز أم القوين للتوحد - الإمارات العربية المتحدة

من الثانوية العامة تعرضت مع أسرتها لحادث اليم.... لتستقبل واقعها الجديد، أصيبت بشلل وأصبحت على الكرسي مقعدة لا تستطيع تحريك رجلها.

فسبحان من زرع بقلها الايمان والقوة وسلاح الصبر، لم تستسلم لنظرات اليأس واذلال الضعف أقبلت على الحياة بروح زاهية، رغم أنها مقعدة إلا أنها أصرت على اكمال مشوارها الدراسي بكل ثقة، وها هي الآن بين جنبات الجامعة على كرسيها المتحرك.

تعتلي منصة الاصرار والعزم وتنال شهادات التفوق الدراسي والعقلي ايضا.

وكم هُنْ مثيلاًتها كثر اجتازوا الصعاب ونالوا اعلى الرتاب... الا يستحقون منا حرارة التشجيع وحسن المعاملة وعدم التهميش...!! لم لانمد لهم الايدي الحانية ونحتضن ارواحهم بهمسات مقوية...!!

لم نغلق عليهم أبواب الأمل ونوصد امامهم باب قرب الأجل...!! انزعى عن عينيك نظرات الاستهزاء وابدليها برحابة الصدر والتفهم.

على إثبات الذات وإن كانت خطواتهم أسيرة ومقعدة فسبحان من أنار بصيرتهم وجعل مسيرتهم تزخر بالاصرار على مسير العقل ... ومنهم الكثير والكثير، ولكن رحمة الله بأنه لله ما أخذ وله ما أعطى. اكاد اتعجب من نظرة البعض لهم نظرات تشوبها الاستخفاف بهم، لدرجة أن بعض الأباء والأمهات يخجلون فعلاً من أن ابنهم من ذوي الاعاقة فلا يكادون يعترفون بوجوده بحياتهم ويرجمونه بأسوأ العبارات المحبطة، بل ينبذون تواجهه ولا يريدون مجالسته ويتنافرون عنه، ولا يعتبر فرداً من العائلة مهما بلغ به العمر مابلغ

هم شموع مضيئة لمسيرتنا، نورها لم ولن ينطفئ مهما حدث فسبحان الله الذي بيده ملكوت كل شيء ولا يعجزه شيء في الأرض ولا في السماء لهم عطاء وقدرة على اثبات النفس والاصرار وقوة العزيمة تفوقنا نحن الاسوياء الى حد كبير....كيف ذلك؟!

لم ننظر لهم نظرة دونية بنظرات شفقة ورحمة، أروي لكم قصة فتاة بقمة الجمال والأخلاق وصلت بدراستها للسنة الأخيرة

صرخات تعالت تطرق ابواب الحياة وتختلط معها الضحكات المستبشرة بميلاد روح الطفولة البريئة، كل ام واب يسعون جاهدين للتربية الافضل لابنائهم يعقدون عليهم جل امالهم ويشيدون صرح احلامهم ابنائهم شموع اضائوا ارجاء عالمهم يعطرونه بضحكاتهم ونغمات بكائهم وانين صرخاتهم الى ان يصل ادراك الوالدين الى حقيقة عصبية ومؤلمة انقصت الفرحة من على شفاههم واستبدلت افراحهم بلوعة أحزانهم وانسكب ماء العيون بحسرة أحرقت الجفون، لاذنب لهم ولا قوة بماحدث سوى إرادة الخالق عز وجل ولا يحق لأحد مطلقاً أن يلغى أو ينكر تواجدهم الفعال. رغم نظرات العطف تارة ونظرات النقص تارة اخرى هم يتعايشون بيننا يتنفسون هوائنا كبوا واحلامهم وطموحاتهم ترافقهم دوما نعم لهم احتياجاتهم الخاصة لنقص ما ولكن لهم ايضا ابداعاتهم ولمساتهم الماهرة الي قد يعجز عنها الاسوياء منا

إذا كانت أعميت أبصارهم فسبحان من جعل قلوبهم مبصرة وإن صمت لسانهم فسبحان من أنطق عقولهم بسخاء المقدره



them to more confidently and effectively communicate and provide services to clients with disabilities.

Family Guidance:

Empowerment through Knowledge. Provides a holistic approach to navigating the current system to develop an inclusive environment for all family members of a person with disability.

Guidance Workshops

Finding the Right School:

A short information session on how to use the SEDRA checklist to locate the most disability-friendly and inclusive environment for your child.

Index for Inclusion:

School Self-Evaluation, supporting schools in examining to what extent it is prepared for inclusion. It relies on the internationally known Index for Inclusion.

Management Consultancy

Specialized Career Guidance:

From providing opportunities to enhance vocational training, internship and apprenticeship placements, to career consultancy and self-employment.

The A-Z of Organizing an Inclusive Event:

How to organize accessible events that attract and ensure full participation of persons with disabilities.

Customized Barrier Analysis:

Assessing the status quo of disability equality in organizations, developing a bespoke program to making the organization more inclusive.

#TeamSEDRA

'People with disabilities in Abu Dhabi enjoy a fulfilled life from cradle to grave through positive empowerment and effective inclusion in all facets of the society'.

HH Sheikhha Aljazia Bint Saif Al Nahyan

Founding Chairperson

H.H. Sheikhha Aljazia Bint Saif Al Nahyan, is the founding chairperson of SEDRA. H.H launched SEDRA driven by her keen interest in child development and passion for the empowerment of persons with disabilities; As the dynamic leader of SEDRA, she has a clear vision:

Making the UAE Capital a global model for a barrier free, disability-friendly, inclusive city where everyone is given an equal opportunity to participate in all spheres of community life as per one's ability.

H.H.'s generous support to child development transcends the UAE borders to include many international humanitarian and charity initiatives. Of which include, 'Operation Smile UAE', providing reconstructive surgeries for children and young adults with facial abnormalities globally. A voracious yet critical reader of literature both in Arabic and English, HH's favorite subjects are: Education, World History, Fine Arts, Arabic Calligraphy, Pacifism and Spirituality.

H.H Sheikhha Aljazia, is a mother of four and spouse of H.H. Sheikh Abdullah Bin Zayed Al Nahyan, Minister Foreign Affairs of the United Arab Emirates, her educational background includes a Bachelor of Arts in English Literature from the UAE University and a Master's degree in Early Childhood Education from the University of Sheffield in 2004.





سدرة
SEDRA

Services for Educational Development Research and Awareness for Inclusion

SEDRA Foundation for inclusion is the Abu Dhabi hub for the most current inclusive research and best practices within a global perspective based on the Human Rights Framework of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UNCPRD) assisting the local community emerge by 2030 as a world class sustainable model for an inclusive society removing socio-cultural, economic or political barriers to full and equal participation in all aspects of community life.

SEDRA facilitates inclusion through 5 key program areas: Education, Research, Awareness & Community Support, Family Support and Employment. SEDRA, a non-profit organization act as management consultants for public & private institutions and enablers empowering children, teenagers and adults with disabilities and their families.

Current Services Available

Educational Courses

Shadow teacher Qualification Course:

Available for anyone with a High School diploma. Intensive 1-month module with theory and practicum.

Inclusive Education Teacher Training:

3 sessions over 5 weeks. With a focus on identifying specific learning disabilities, the implications of exceptional learning needs, how to set appropriate educational and behavioral goals particularly in designing and reviewing IEPs.

Skills Development Trainings

Disability Etiquette:

Become acquainted with the most current laws, accepted terminologies, and barriers related to persons with disabilities.

Equips attendees with an overview of good practices enabling

دور تكنولوجيا المعلومات في استقلالية الاشخاص ذوي الاعاقة

د. سنا الحاج

رئيسة دائرة البحوث والدراسات في وزارة الاعلام اللبنانية -لبنان



يشكل الفضاء الافتراضي أهم انجازات ثورة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات التي شهدتها العالم، فالتطور المذهل لشبكة المعلومات الدولية (الانترنت) وانتشار التقنيات الحديثة للاتصال وتزايد تطبيقاتها في مجال الاعلام والاتصال، يعتبر ظاهرة إعلامية وتقنية جديدة يتميز بسرعة الانتشار والوصول إلى أكبر عدد من الجمهور وبأقصى وقت ممكن وأقل تكلفة، وبات يشكل نافذة مهمة جداً لنشر المعلومات والحصول عليها.

والكمبيوتر والرسائل الالكترونية التي عوضت البريدية فالرسائل الفورية، ومن ثم تمّ إنشاء مواقع اجتماعية للتخاطب بين المجتمعات بجميع اللغات على الفيسبوك والتويتر والصفحات الخاصة لتتخطى بدورها وسائل الاعلام الاجتماعي مرحلة الثنائية بين شخصين الى مجموعات من مختلف المجتمعات حول العالم. وهذه الاختراعات كان ولا يزال لها من خلال تطورها الأثر العميق في حياة المجتمعات وكذلك الأفراد من ذوي الاعاقة وتوظيفها من طرفهم حيث ساهمت ولا تزال في إخراجهم من عزلتهم التي فرضتها عليهم

أي إنسان لصناعة مكونات ذاته واستثمارها ليولد من جديد إنساناً عالمياً واجتماعياً واقتصادياً متعلماً وعاملاً..

- ما قدرة تكنولوجيا المعلومات في عملية دمج الأشخاص ذوي الاعاقة، واستثمارها في هذا المجال؟

فضلاً عن حاجة الاشخاص ذوي الاعاقة إلى التطبيقات الحديثة وأدواتها التي أحدثت بدورها تغييراً كبيراً في حياتهم من خلال التلاقح الثقافي واختراعات مصممة خصيصاً بحسب حاجة كل معوق للتواصل كالهاتف المحمول

والعصر التكنولوجي الحالي عصر استثمار الوقت والاستقلالية لجميع مستخدميهم لذلك يتجه اليوم بشكل عام نحو الانترنت وتطبيقاته في المجالات المختلفة.. هو إعلام رقمي يستخدم من قبل أي شخص وفي أي وقت.

من هنا ظهرت أهمية تكنولوجيا المعلومات وارتباطها بالأشخاص ذوي الاعاقة واستقلالهم لإدراك الجميع التغيرات الجذرية التي طرأت على الإنسان المعيش لهذا العصر، بعد اختفاء الحدود الجغرافية والحواجز الثقافية وإلغاء العوائق وصولاً لتمكين

التكنولوجيات الجديدة فضلاً عن أشكال المساعدة الأخرى وخدمات ومرافق الدعم.

المادة 21: حرية التعبير

أ- تزويدهم بالمعلومات

ب- طرق الاتصال

ج- تقديم المعلومات عن طريق شبكة الانترنت

د- تشجيع وسائل الاعلام الجماهيري

هـ- الاعتراف بلغات الاشارة

ومن هنا يمكننا أن نتطلع إلى الاستفادة من المحتوى كما وردت في الاتفاقية، واستغلال قدرة تكنولوجيا الاتصالات والمعلومات في عملية دمج الأشخاص ذوي الاعاقة في العالم الأوسع من جهة، واستقلالهم من جهة أخرى إذا ما أحسن استخدامهما واستثمارهما أفضل استثمار ممكن في هذا المجال.

إذن لا بد من محاولة في سياق هذا الطرح أن ننقل من المطالبة بالحقوق البديهية والاساسية والانتقال من مرحلة الاستهلاك التي تتطلب الكثير من الانفاق الى مرحلة الاستثمار في تكنولوجيا المعلومات بكل مكوناته وتطوراته الحديثة.. وربما يكون طرحنا هذا تحت عنوان: الانتقال من مرحلة الاستهلاك الى مرحلة الاستثمار، وربما دمج ذوي الاعاقة في العالم الافتراضي سيكون مثمراً ومنتجاً بأضعاف وأضعاف..

كما ونرى ان هذا الاستثمار قد ينسجم والتقنيات الحديثة مع حقوق الأشخاص ذوي الاعاقة واستقلالهم في الاتصال والولوج الى المعلومات والاستفادة من هذا العالم الجديد دون حدود وحواجز وليس فقط لكي يعبر عن حاجياته وارائه أو للتعريف بقضاياهم ومشاكلهم المستهلكة، بل لإظهار إمكانياته الفكرية والثقافية والعلمية والفنية..

الحياة تتخذ الدول الأطراف التدابير المناسبة التي تكفل إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة، على قدم المساواة مع غيرهم، إلى البيئة المادية المحيطة ووسائل النقل والمعلومات والاتصالات، بما في ذلك تكنولوجيات ونظم المعلومات والاتصال.. وهذه التدابير التي يجب أن تشمل تحديد العقبات والمعوقات أمام إمكانية الوصول وإزالتها، تنطبق بوجه خاص على ما يلي:

ب- المعلومات والاتصالات والخدمات الأخرى، بما فيها الخدمات الالكترونية وخدمات الطوارئ. كما طالبت الدول الأطراف باتخاذ التدابير المناسبة الرامية إلى :

ز- تشجيع إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة الى تكنولوجيات ونظم المعلومات والاتصال الجديدة، بما فيها شبكة الانترنت.

ج- تشجيع تصميم وتطوير وإنتاج تكنولوجيات ونظم معلومات واتصالات يمكن للأشخاص ذوي الاعاقة الوصول إليها، في مرحلة مبكرة، كي تكون هذه التكنولوجيات والنظم في المتناول بأقل تكلفة.

المادة 2: "الاتصال" يشمل اللغات وعرض النصوص، وطريقة برايل، والاتصال عن طريق اللمس، والوسائط المتعددة الميسورة الاستعمال، فضلاً عن أساليب ووسائل وأشكال الاتصال المعززة والبديلة، الخطية والسمعية، وباللغة المبسطة والقراءة بواسطة البشر، بما في ذلك تكنولوجيات المعلومات والاتصال الميسورة الاستعمال.

المادة 4:

فقرة "ج" من المادة 4: توفير معلومات سهلة المنال للأشخاص ذوي الاعاقة بشأن الوسائل والأجهزة المساعدة والتكنولوجيات المعينة بما في ذلك

المجتمعات نتيجة لقصورهم الحركي أو البصري أو السمعي والتأخر في التطور ومختلف الإعاقات وبالأخص التي تمنع الشخص من التنقل حركياً ليجتاز الحدود الجغرافية ويعبر عن ما يطمح الى ترويجه من إبداعات واختراعات قد يكون التعريف بها والتنويه بمنافعها مستحيلًا في حدود الواقع الضيق بين جدران بيته وفي زمن يبدو فيه توظيفه شبه مستحيلًا.

لذلك فإن قدرة تكنولوجيا المعلومات وتطبيقاتها عالية جداً وهي عامل مساعد في هذا المجال، يمكن لذوي الاعاقة استثمارها واستخدامها، حيث أنها تخلق مجتمعاً بلا إعاقات وبلا تمييز وبلا حدود، مجتمع متكافئ الفرص بين أفراد. والجميع لديه الفرص لرسم السياسات وإبداء الرأي والتعلم والتأهيل إن عبر المراسلة أي الدراسة عن بعد التي باتت معتمدة ومعترف بها في جميع دول العالم إلا ما ندر من بلداننا العربية، وتحمل من المزايا الكثير مثل فتح الحدود الجغرافية للطالب وإتاحة الوقت وغيرها.. ويأتي بعدها العمل عن بعد أيضاً حيث الاعتماد على النفس في حل مشكلات ذوي الاعاقة الحياتية والاقتصادية مما يؤدي بالتالي إلى إيجاد نوع من الاستقلالية وتلبية حاجاتهم.

- ما طرق توظيف تكنولوجيا المعلومات وما مدى مساهمتها في استقلالية الاشخاص ذوي الاعاقة؟

الإجابة عن السؤال تبدو واضحة في ميثاق الأمم المتحدة وحقوق الإنسان المعوّق، والاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الاعاقة:

الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الاعاقة والمصادق عليها في العام 2007 من طرف الجمعية العامة للأمم المتحدة في مادتها التاسعة إلى أنه لتمكين الأشخاص ذوي الاعاقة من العيش في استقلالية والمشاركة في جميع جوانب

تطبيق "نمو" Nomow App

للكشف المبكر عن الأطفال المتأخرين نمائياً

متابعة

نتائج

كشف

أدخلت وزارة تنمية المجتمع تعديلات هامة على تطبيق (نمو) الذي يهدف إلى الكشف المبكر عن أية علامات تأخر نمائي عند الأطفال الذين أعمارهم خمس سنوات فأقل، علماً أنه سبق أن تم الحصول بموجب مقياس (نمو) على شهادة تسجيل بإدارة المصنفات الفكرية في وزارة الاقتصاد، لتسهيل الكشف المبكر عن أي تأخر نمائي محتمل عند الأطفال في المراحل العمرية المبكرة، بما يساعد في تنمية مهاراتهم وتحقيق السعادة الدائمة لهم ولأسرهم.

ومن أهم الإضافات على التطبيق، هو شمول معايير التأخر النمائي لفئة الأطفال الذين أعمارهم أقل من (30) شهراً، علماً أن المرحلة الأولى من إطلاق التطبيق اقتصر على فئة الأطفال الذين أعمارهم بين (30 - 60) شهراً. أما الإضافة الهامة الأخرى فهي تتعلق بالمجال السلوكي، والذي يحتوي على مجموعة من المؤشرات النمائية التي تستطيع الأم ملاحظتها عند الطفل، والتي بموجبها قد يكون لدى الطفل أية سمات شبيهة بالتوحد أو ضعف الانتباه، وبناء عليها يمكن التدخل المبكر عن طريق الجلسات العلاجية وخدمات الإرشاد الأسري.

استخدام التطبيق:

يتميز تطبيق "نمو" Nomow App بسهولة استخدامه من قبل الأمهات ومقدمي الرعاية، وذلك عبر الإجابة عن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بنمو الطفل في مجالات النمو الجسدي، والاجتماعي، والاستقلالي، والتواصلي، والمعرفي، والسلوكي. ويعتمد التقييم الأولي لهذه المهارات على مدى دقة الاجابات التي يتم الحصول عليها من الأم بعد اختبارها لطفلها.

المجالات النمائية:

التواصل: ويشمل قدرة الطفل على المبادرة بالتواصل مع الآخرين من حوله سواء بشكل شفوي أو غير شفوي، لإيصال الرسالة التي تُعبر عن احتياجاته واهتماماته، وكذلك استقبال رسائل الآخرين وفهمها، بما يمكنه من الاستجابة والتعلم.





الحركات الكبيرة: وتشمل قدرة الطفل على استخدام جسمه وأطراف العليا والدنيا بطريقة مناسبة، بحيث تساعده على الحركة والتنقل وممارسة حياته اليومية، وتلبية احتياجاته.

الحركات الدقيقة: وتشمل قدرة الطفل على استخدام العضلات الدقيقة بشكل يمكنه من مسك الأشياء حوله براحة يده أو أصابعه، وفقاً لنمط القبضات المناسبة لعمره الزمني، و اللازمة للعناية الذاتية أو التعلم والتدريب.

حل المشكلات: وتُعبر عن قدرة الطفل على التفكير بحلول للمشكلات التي تواجهه في حياته اليومية، والوصول إلى أهدافه لتلبية احتياجاته بأكبر قدر ممكن من الاستقلالية، والاستفادة من أنماط التعلم والخبرات التي يكتسبها في حياته اليومية، وتعميمها في المواقف الحياتية المختلفة.

الاجتماعي: وتشمل قدرة الطفل على اكتشاف ذاته وقدراته، والمبادرة بإقامة علاقات اجتماعية مع الوالدين وأفراد الأسرة والبيئة المجتمعية المحيطة، والاستجابة لمبادرات الآخرين، و الاندماج في الأنشطة الاجتماعية الأسرية وخارج نطاق الأسرة.

السلوكي: ويُظهر هذا المجال الأنماط السلوكية غير التكيفية التي قد تكون موجودة عند الطفل، وأية أنماط تواصل أو سلوكيات غريبة أو نمطية، من شأنها أن تُعيق تواصله الاجتماعي وقدرته على التعلم.

الكشف والتحويل المبكر:

يساعد مقياس "نمو" Nomow App الأُمهات في التعرف على مستوى أطفالهن النمائي في السنوات الخمس الأولى من العمر، وفق مجموعة من المجالات النمائية، عبر مقارنة نمو الطفل مع الأطفال من نفس مرحلته

تأخر عميق: من الضروري التواصل مع برنامج التدخل المبكر القريب من سكنك، ليتم تقييم طفلك بشكل شامل من قبل المختصين، وتقديم التوصيات المناسبة.

العمرية، وهو تقييم مسحي سريع يعطي صورة عامة عن نمو الطفل، من أجل تحويله إلى المختصين فيما إذا كان لديه أي تأخر نمائي.

نتائج التقييم:

تحصل الأم على نتيجة مبدئية بعد إجابتها على بنود مقياس "نمو"، وفقاً لاحتمالات التالية:

غير مكتمل: نأمل استكمال تقييم طفلك والإجابة عن بقية الأسئلة، حتى يتم تكوين صورة متكاملة عن قدرات الطفل.

طبيعي: يتمتع طفلك بقدرات طبيعية أسوة بأقرانه من نفس المرحلة العمرية.

تأخر طفيف: هناك بعض جوانب التأخر الطفيفة، يمكنك تنميتها بالعمل مع طفلك بالمنزل، لمزيد من الإرشادات يمكنك التواصل مع أخصائية خدمات الأسرة في برنامج التدخل المبكر القريب من مكان سكنك.

متابعة نتائج التقييم:

بعد وصول نتائج التقييم إلى برنامج الامارات للتدخل المبكر، يتم فرز حالات التأخر النمائي البسيط والعميق، ومن ثم التواصل مع ذويهم من قبل المركز أو القسم الأقرب إلى أماكن سكن الأطفال، ليتم تقييمهم بشكل كامل من قبل الأخصائيين، وتقديم التوصيات اللازمة لهم، ومن ثم تقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية الفردية في حال احتياج الطفل لها، أو إعداد خطة خدمات الأسرة الفردية، تأكيداً على أهمية دور الأسرة كشريك في الخدمات المقدمة للطفل في البيئة الطبيعية.

الهدف من تطبيق وصال:

- يمكن للمستخدم من متابعة عملية التدريب والتأهيل الخاصة بكل حالة، وسري استجابة وتطوير هذه الحالة، ولهذا للبرامج التأهيلية الخاصة بها.
- يمكن للمستخدم من متابعة عملية التسجيل والتأهيل مع المؤسسة.
- يمكن للمستخدم من متابعة عملية التسجيل والتأهيل مع المؤسسة.
- يمكن للمستخدم من متابعة عملية التسجيل والتأهيل مع المؤسسة.
- يمكن للمستخدم من متابعة عملية التسجيل والتأهيل مع المؤسسة.
- يمكن للمستخدم من متابعة عملية التسجيل والتأهيل مع المؤسسة.



تحرص المؤسسة على تطبيق أكثر الممارسات الفعالة في تقديم الخدمات كما أنها تركز على الاتصال والتواصل مع جميع المعنيين و المؤثرين في النجاح الاستراتيجي من هذه الخدمات مثل: المؤسسة وشكل أولياء أمور ذوي الإعاقة إحدى الركائز الأساسية في عملية تطوير آلية العمل مع ذوي الإعاقة إذ تعتبر الحلقة المفقودة لعملية التأهيل والعلاج والتدريب والتعليم التي تقدمها المؤسسة للمعنيين من خدماتها المتكاملة والشراكة وبما أن المؤسسة تواكب متطلبات العصر وتلعب أفضل الممارسات العالمية فلابد أن تتبنى تطبيق

Wesal

الهدف من تطبيق وصال هو: تحسين الخدمات المقدمة في مجال التأهيل والتدريب والتأهيل مع ذوي الإعاقة وتحسين جودة الخدمات المقدمة للمعنيين و المؤثرين في النجاح الاستراتيجي من هذه الخدمات مثل: المؤسسة وشكل أولياء أمور ذوي الإعاقة إحدى الركائز الأساسية في عملية تطوير آلية العمل مع ذوي الإعاقة إذ تعتبر الحلقة المفقودة لعملية التأهيل والعلاج والتدريب والتعليم التي تقدمها المؤسسة للمعنيين من خدماتها المتكاملة والشراكة وبما أن المؤسسة تواكب متطلبات العصر وتلعب أفضل الممارسات العالمية فلابد أن تتبنى تطبيق

مؤسسة وصال للتأهيل والتدريب والتأهيل مع ذوي الإعاقة





الحق في الاندماج الرياضي

ارتفع علم دولة الامارات العربية المتحدة في مدينة ريو دي جانيرو البرازيلية هذا العام سبع مرات، وذلك في دورة الألعاب البارالمبية المخصصة للأشخاص من ذوي الإعاقة، بعد فوز مجموعة من أبطال الامارات بسبع ميداليات متنوعة، بين ذهبية وفضية وبرونزية. ويعتبر هذا الحصاد الثمين حصيلة جهود حكومة دولة الامارات الموجهة نحو تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة، ودعمهم للوصول إلى المنافسات الرياضية العالمية، عبر توفير مقومات النجاح المتمثلة في البيئة التحتية، والمرافق الرياضية، والدعم المادي والمعنوي، التي تعتبر بيئة حاضنة للاعبين وأرضية خصبة للبحث عن إمكاناتهم وتطوير قدراتهم البدنية، وتسخير كل الموارد المادية والبشرية من أجل الارتقاء بمهاراتهم، وتوفير أجواء الاحتكاك الرياضي والمنافسة ضمن أشهر المنافسات الرياضية العالمية، وفق مبدأ تكافؤ الفرص واختيار الرياضات المناسبة لكل شخص على حدا تبعاً لقدراته وميوله. وفوق كل ذلك الإيمان والقناعة بالقدرات التي يمتلكها هؤلاء الأشخاص، والاتجاهات الإيجابية نحوهم كمواطنين فاعلين، قادرين على رفع علم الامارات في المحافل الدولية، وتقديم النموذج الوضّاء الذي تتمتع به دولتنا أمام العالم، كدولة تهتم بمواطنيها أياً كانت قدراتهم، وتُسخر لهم من الإمكانيات والموارد ما يساهم في إدماجهم المجتمعي وتطوير قدراتهم وإسعادهم.

إن الألعاب البارالمبية هي فرصة سانحة للرياضيين ذوي الإعاقة من شتى أنحاء العالم لإبراز قدراتهم، بما يساعد في رسم صورة مشرّفة عن ذوي الإعاقة عموماً وتقديمهم عبر المنافسات الرياضية كأشخاص قادرين وفعالين، الأمر الذي يضمن بناء اتجاهات مجتمعية إيجابية نحوهم، وإدماجهم في مجالات حياتية واجتماعية أخرى.

وكما هو حال التوجه العالمي نحو إدماج فئة الأشخاص ذوي الإعاقة في مختلف المجالات التعليمية والتشغيلية وغيرها، فمن الجميل أيضاً أن يتم إدماجهم في المجال الرياضي. ولا نقصد بالدمج هنا إدماج اللاعبين من ذوي الإعاقة مع غيرهم في المنافسات الرياضية، وإنما الدمج الزمني في تنظيم كل من الألعاب الأولمبية والألعاب البارالمبية، لأن تنظيم الثانية بعد انتهاء الأولى يعطي انعكاساً بعزل الأشخاص ذوي الإعاقة في منافسة منفصلة، علماً أن أنظار العالم تكون منصّبة نحو متابعة الألعاب الأولمبية لما لها من صدى واسع في أوساط عامة الناس. لذلك فإن الدمج التنظيمي لكلا الدورتين يعطي الفرصة لتغطية إعلامية متزامنة، وضمان مشاهدة أوسع للألعاب البارالمبية، ويتحقق بذلك مبدأ الدمج الرياضي ولو من ناحية معنوية، فترتفع أعلام دول اللاعبين الفائزين في الألعاب الأولمبية سواء كانوا من ذوي الإعاقة أو من غير ذوي الإعاقة.

وفاء حمد بن سليمان



This is me, This is
my world.

وزارة تنمية المجتمع ، إدارة رعاية وتأهيل ذوي الإعاقة
ص. ب. 4409 ، دبي ، الإمارات العربية المتحدة
هاتف: +971 4 601 1153 ، فاكس: +9714 261 1948
dis-id@mocd.gov.ae